

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Anna Bauerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Anna Bauerová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**EDUKACE A PSYCHOTERAPIE U PACIENTA SE
SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Martina Šellingová

PLZEŇ 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Bc. Martině Šellingové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 SCHIZOFRENIE	13
1.1 Definice onemocnění	13
1.2 Historie schizofrenie	13
1.3 Příznaky schizofrenie	14
1.4 Vyvolávající faktory	15
1.5 Diagnostika schizofrenie	15
1.6 Rozdělení schizofrenie	16
1.7 Léčba schizofrenie	17
1.7.1 Farmakoterapie	18
1.7.2 Elektrokonvulzivní terapie	19
1.7.3 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)	19
1.7.4 Psychosociální terapie	19
2 PSYCHOTERAPIE	19
2.1 Psychoterapeutická intervence v krizovém stavu	20
2.2 Psychoterapeutické intervence v průběhu hospitalizace	21
2.3 Individuální psychoterapie	21
2.4 Skupinová psychoterapie	22
2.4.1 Diskusní skupinová psychoterapie	23
2.4.2 Psychodrama	25
2.4.3 Psychomelodrama	26
2.4.4 Volpertova imagoterapie	26
2.4.5 Psychogymnastika	26
2.4.6 Arteterapie	26
2.4.7 Muzikoterapie	27

2.5	Rodinná terapie.....	27
2.6	Kognitivně behaviorální terapie	27
3	NÁCVIK SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ	29
3.1	Sociální rehabilitace	30
3.2	Posthospitalizační psychoterapeutická péče.....	31
3.3	Profylaxe recidiv.....	32
4	EDUKACE.....	33
4.1	Zahájení edukace	34
4.2	Edukace pacienta a jeho rodiny	34
4.3	Informovanost veřejnosti - stigmatizace onemocnění	36
5	OBEČNÁ ČÁST	
	PSYCHODYNAMICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ – MODEL H. E.	
	PEPLAU	38
5.1	Autobiografie Hildegard E. Peplau	38
5.2	Analýza modelu H. E. Peplau.....	40
5.3	Role sestry dle Hildegardy E. Peplau	41
5.3.1	Role neznámé osoby.....	41
5.3.2	Role pomocnice	41
5.3.3	Role učitelky.....	41
5.3.4	Role vůdce	42
5.3.5	Role zástupce.....	42
5.3.6	Role poradce	42
5.4	Fáze modelu Hildegardy E. Peplau	42
5.4.1	Orientace.....	42
5.4.2	Identifikace	43
5.4.3	Využití	43
5.4.4	Ukončení.....	43

5.5	Obsah modelu	43
6	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	44
6.1	Charakter práce všeobecné sestry na psychiatrickém oddělení.....	44
7	FORMULACE PROBLÉMU – SPECIÁLNÍ ČÁST	46
8	CÍL PRÁCE.....	47
9	VZOREK	47
10	KAZUISTIKA	47
10.1	Vyšetření celkového stavu při přijetí.....	49
10.2	Měření dle škál	50
10.2.1	Na začátku pobytu na psychoterapeutickém oddělení.....	50
10.2.2	Na konci pobytu na psychoterapeutickém oddělení	51
10.3	Průběh hospitalizace	51
10.4	Ošetrovatelský plán	56
10.4.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	56
10.4.2	Potenciální diagnózy	60
10.5	Hodnocení plánu ošetrovatelské péče.....	61
10.5.1	Aktuální diagnózy	61
10.5.2	Potenciální diagnózy	63
10.6	Edukační plány	63
11	DISKUZE.....	677
	ZÁVĚR.....	711
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

Anotace

Příjmení a jméno: Anna Bauerová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace a psychoterapie u pacienta se schizofrenním onemocněním

Vedoucí práce: Bc. Martina Šellingová

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 21

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: Schizofrenie - edukace – psychoterapie – kazuistika – léčba - ošetrovatelská péče - interpersonální vztah

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacientky se schizofrenním onemocněním. Teoretická část práce přináší základní informace o psychiatrickém onemocnění schizofrenie, psychoterapii a edukaci, která se používá při léčbě této choroby. Praktická část je zaměřená na ošetrovatelský proces, specifika ošetrovatelské péče a vytvoření interpersonálního vztahu sestry s pacientkou.

Annotation

Surname and name: Anna Bauerová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Education and Psychotherapy Patient with the Schizophrenic Disease

Consultant: Bc. Martina Šellingová

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 21

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 33

Keywords: Schizophrenia - education - psychotherapy - casuistry - treatment - nursing care
- interpersonal relationship

.

Summary:

Bachelor thesis deals with the nurse care of the patient with schizophrenic disease. The theoretical part provides basic information about psychiatric disease schizophrenia, psychotherapy and education, which is used during the treatment of this disease. The practical part is focused on the nursing process, specifics of the nursing care and the creation of interpersonal relationship between nurse and the patient.

„Tu máš prostředky k zajištění klidu, k jeho obnovení, prostředky, které jsou schopné postavit se na odpor plížícím se chybám. Pamatuj si však, že nic z toho není dost silné k ochraně slabé věci, jestliže duši stále nakloněnou k pádu nepodepřeme pozornou a horlivou péčí“

Seneca: O klidu duševním

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku navazování interpersonálního vztahu mezi sestrou a pacientkou u které byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. V této práci jsme se zaměřili na následující cíle:

- Charakterizovat onemocnění, diagnostiku a léčbu schizofrenie
- Seznámit s druhy psychoterapie používaných v léčbě schizofrenie
- Vyzdvihnout význam psychoedukace pacientů s touto diagnózou a jejich nejbližších
- Rozpracovat všechny fáze navazování interpersonálního vztahu mezi sestrou a pacientkou
- Sestavit plán ošetrovatelské péče u pacientky u níž byla diagnostikována F 20.0 paranoidní schizofrenie
- Sestavit edukační plán pro pacientku a její nejbližší

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme podstatou schizofrenního onemocnění, z hlediska jeho vzniku, diagnostiky a léčby. Jsou zde popsány jednotlivé typy tohoto onemocnění. Součástí této kapitoly je i stručné nastínění historie schizofrenie. Velká a podstatná kapitola této části se zabývá jednotlivými druhy psychoterapie, které se využívají při léčbě. Další kapitola této části je věnována edukaci pacienta a jeho rodiny. Záměrně je zde vyzdvihnout význam edukačních programů pro pacienty s tímto často invalidizujícím onemocněním. Praktická část je rozdělena na obecnou a speciální část. Část obecná se zabývá výběrem ošetrovatelského modelu, který tvoří podklad pro speciální část. Ve speciální části je rozpracována kazuistika, ve které jsou popsány jednotlivé fáze a role sestry při navazování interpersonálního vztahu mezi vybranou pacientkou s paranoidní schizofrenií a sestrou.

Při vypracování práce jsem vycházela nejen z uvedené literatury, ale i s informací získanými rozhovorem s pacientkou a z její zdravotnické dokumentace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

1.1 Definice onemocnění

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění. Jeho základním projevem je narušené myšlení, vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Psychóza vede k narušení většiny základních funkcí sociálního chování, dochází ke změně osobnosti. V časové ose může postihnout i funkce kognitivní. Pacient si ve svém nitru vytváří svět, který je rozdílný od toho, jak ho vnímají druzí. Schizofrenici mívají pocit, že jejich intimní myšlenky, pocity jsou známi ostatním osobám nebo dokonce nadpřirozeným silám, které je mohou i ovlivňovat. Svoje psychózou ovlivněné prožívání považují často za normální. Jednání, chování i komunikace pacienta může být pro okolí těžko pochopitelné i snesitelné. Schizofrenie obecně snižuje kvalitu lidského života a zvyšuje mortalitu. Má mnohotvárnou psychopatologii a etiologii. Toto onemocnění způsobuje hluboké odcizení od sociálních kontaktů, napětí, nejistotu, zkrusluje skutečnosti a dezorganizuje duševní funkce. První známky onemocnění se začínají projevovat na začátku adolescence, mnohdy jsou nespecifické, často zaměnitelné za znaky pubertálního chování nebo poruchy chování během dospívání. Choroba má vleklý průběh a silný sklon k chronicitě. (5)

1.2 Historie schizofrenie

Schizofrenie byla poprvé popsána v roce 1887 Dr. Emilem Kraepelinem. K popisu příznaků nemoci použil termín *dementia praecox*, který lze přeložit jako předčasná demence. Kraepelin věřil, že příčina *dementia praecox* je v primárním poškození mozku. Rozděлил předčasnou demenci do tří kategorií: katatonní, hebefrenní a paranoidní. Byl přesvědčen, že tato choroba je jednou z forem demence. Dnes již ale víme, že schizofrenie a demence jsou dvě odlišná onemocnění.

Pojem schizofrenie se v odborné literatuře poprvé objevil v roce 1911, kdy byla vydána monografie „*Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*“ od švýcarského profesora Rubena Bleulera (1857-1939). Bleuler použil pojem „skupina schizofrenií“, pro které je charakteristický nesoulad jednotlivých duševních projevů. Jednotlivé symptomy rozdělil na funkce osobnosti, myšlení, paměti a vnímání. Podařilo se mu tak prokázat, že neléčená schizofrenie vede k rozpadu osobnosti, ale nemá přímý vliv

na inteligenci. Projevy degradace myslí jsou spojeny s poruchou soustředění, pozornosti a nechtí k myšlení – logickému uvažování. V polovině 19. století ve Francii byl popsán Benediktem Augustinem Morelem (1809-1873) stav náhlého znehybnění všech duševních schopností. K velkému rozvoji nových poznatků o schizofrenii přispěla celá řada dalších významných osobností: Adolf Meyer, Gabriel Langfeldt, Kurt Schneider. (27)

1.3 Příznaky schizofrenie

Schizofrenie je způsobena abnormální chemickou aktivitou v mozku. K přenosu informací mezi jednotlivými nervovými buňkami je využíván dopamin, jehož hladina je u schizofrenie výrazným způsobem zvýšena v některých mozkových centrech na rozdíl od „zdravých“ lidí. Pacient je zaplavován nadměrným množstvím informací, u kterých není schopen rozeznat jejich důležitost. Ztrácí schopnost soustředit se a logicky uvažovat. Zaoobírá se každou maličkostí, hledá neustále důvody a žádá vysvětlení. Propuknutí choroby předchází období několika měsíců i roků, kdy jsou u pacienta přítomny prodromální příznaky. Tyto příznaky se projevují jako stavy neurčitěho napětí, ztrátou schopnosti komunikovat s okolím, nejasné předtuchy, že se něco stane a pocitu, že všechno kolem pacienta má tajemné souvislosti. Mohou se také objevovat pocity ohrožení a pronásledování. Prožívání je ovlivněno psychotickými příznaky. Psychotické příznaky dělíme do čtyř skupin, které mohou být zastoupené v různé míře a mohou se v průběhu onemocnění měnit. (5)

Pozitivní příznaky jsou halucinace, bludy a poruchy chování, dezorganizace řeči. Pacienti mají pocit ozvučení vlastních myšlenek, slyší hlasy, mohou mít také vidiny a zvláštní pocity v těle. Mezi bludy patří nejčastěji pocit pronásledování nebo pocit vlastní výjimečnosti. Mezi poruchy chování řadíme nepokoj, zrychlené myšlení i jednání, agresivitu, stereotypní pohyby nebo naopak nehybnost.

Negativní příznaky představují oslabení normálních funkcí. U pacienta se projevuje slabá motivace a vůle, ochuzené citové prožívání až zploštělost, snížená schopnost rozhodnout se. Omezená je i komunikace s okolím. Slovosled věty bývá gramaticky nesprávný.

Afektivní příznaky jsou spojovány s poruchami nálady. Může se vyskytnout depresivní ladění, úzkosti, hypomanické stavy, ale i sebevražedné myšlenky.

Kognitivní příznaky jsou způsobené chybným zpracováním informací. Objevují se poruchy pozornosti, paměti. Dochází k oslabení schopnosti rozlišit důležité věci od nepodstatných. (6)

1.4 Vyvolávající faktory

Odhady prevalence onemocnění v populaci jsou od 0,2% do 2%. Asi u 20% pacientů hrají významnou roli v etiologii dědičné faktory. V případě, že jeden z rodičů má schizofrenii, je 13% pravděpodobnost, že se přenesou i na potomka. Objevuje-li se onemocnění u obou rodičů, pravděpodobnost se zvyšuje nad 20%. V případě, že se choroba projeví u jednoho z jednovaječných dvojčat, je pravděpodobnost propuknutí i u druhého vyšší než 50%. Mezi další faktory, které mohou vést k rozvoji schizofrenie, patří užívání legálních i nelegálních psychoaktivních látek během těhotenství. Některé matky se nedovedou zbavit svých zlovyků v podobě cigarety či alkoholu. A právě tyto zlovyky mohou za několik let způsobit propuknutí schizofrenie u jejich dítěte. Svoji úlohu také sehrává i podvýživa matky v prvním trimestru, virové onemocnění v druhém nebo nízká porodní váha či komplikace při porodu. Užívání psychoaktivních látek – hlavně alkohol, marihuana, amfetamin, metamfetamin a kokain kdykoliv během života zvyšují možnost rozvoje schizofrenie, neboť tyto látky zvyšují koncentraci dopaminu v mozku. Vysoké dávky při abúzu (nadměrné užívání) nebo závislosti zvyšují dopamin a mohou navíc vyvolat psychózu, která může přetrvávat i v době abstinence. Psychóza vypadá velmi obdobně jako projevy schizofrenie. (25)

Dalším rizikovým faktorem jsou psychosociální faktory, převážně nefungující vztahy v rodině, nedostatečná komunikace mezi jednotlivými členy a nedostatek citové odezvy ze stran rodičů.

K propuknutí nemoci je kromě etiologických faktorů nutný spouštěč. Triggerem (spouštěcím mechanismem) schizofrenie často bývají různé zátěžové situace. (25)

1.5 Diagnostika schizofrenie

Schizofrenie se nedá diagnostikovat žádnou specifickou metodou. Diagnóza se stanovuje na základě příznaků projevujících se během vyšetření. Pokud tyto příznaky trvají déle než jeden měsíc a neexistuje pro ně žádný jiný důvod, lze předpokládat, že se jedná právě o schizofrenii. (6)

K posouzení hloubky příznaků je možné využít různé testové škály. Např. SAPS – škála pro hodnocení pozitivních příznaků, SANS – škála pro hodnocení negativních příznaků. Obě tyto škály byly vypracovány N. Andreasenovou. Nebo PANSS (viz příloha č.2) – škála postihuje jak pozitivní, tak i negativní příznaky a byla sestavena S. R. Kayem. Z hlediska neuropsychologického hodnotíme kognitivní deficity obvykle Beckovou posuzovací škálou kognitivního náhledu (BCIS). Současným trendem bývá používání

diagnostických a terapeutických specializovaných testů, které jsou doporučovány na základě konsenzu MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia), který obsahuje 7 kognitivních oblastí (pozornost, pracovní paměť, rychlost zpracování informací, verbální učení a paměť, zrakové učení a paměť, logické myšlení a řešení problému, sociální kognice) specifických pro schizofrenní onemocnění. S rozšířením Exnerova hodnotícího přístupu v Rorschachově metodě se zlepšilo hodnocení a kvantifikace kognitivních poruch u schizofrenie, které jsou zde zachyceny v indexech kognitivní triády (Zpracovávání (Processing) – Zprostředkování (Mediation) – Představivost – Vytváření idejí (Ideation)).

Nástup tohoto onemocnění je v období dospívání, kolem patnáctého roku. Jako mezní věk se udává třicet let. Onemocnění může propuknout i dříve nebo později, nejdéle však do 45 let. V klasifikaci schizofrenie dle MKN – 10 rozeznáváme několik základních typů, z nichž je nejrozšířenější paranoidní schizofrenie. Dalšími typy jsou hebefrenní, katatonii, nediferencovaná, reziduální, simplexní a postschizofrenní deprese. Schizofrenici se v průměru dožívají o patnáct let nižšího věku, než běžná populace, což je zapříčiněno hlavně vyšším výskytem sebevražd. O sebevraždu se pokusí 25 až 50% pacientů. Riziko sebevražedného jednání je nejvyšší v prvním roce onemocnění. Riziko dokonané sebevraždy je okolo 10%, což znamená, že každý desátý pacient spáchá dokonanou sebevraždu. Mezi rizikové faktory pro sebevražedné jednání patří nedostatečný náhled na onemocnění, pocity beznaděje v souvislosti s diagnózou schizofrenie a deprese. (26)

1.6 Rozdělení schizofrenie

Onemocnění je rozděleno na několik základních typů, z nichž bývá nejčastěji diagnostikována paranoidní schizofrenie. Ta se vyznačuje bludy, pocity pronásledování a žárlivosti. Projevuje se také halucinacemi. Pacient může slyšet hlasy, které mu říkají, co má dělat tzv. imperativní hlasy či komentují jeho činy. Ve stresových situacích bývá chování pacienta často nevhodné nebo agresivní.

Pravým opakem je hebefrenní schizofrenie, která je poměrně vzácná. V období dospívání má rychlý progres příznaků, což většinou vede k úplnému rozpadu osobnosti. Zpočátku mohou být symptomy zaměňovány s pubescentním chováním. Pacient se nevhodně chová ke svému okolí, je náladový, ztrácí schopnost racionálního uvažování. Zaoberá se filosofickými úvahami na abstraktní téma a jeho řeč ztrácí logiku. Příznaky pozvolna dosahují až absurdních rozměrů. Pacienta staví do role podivína, bez smyslu pro

zodpovědnost, s častým vulgárním vyjadřováním. Halucinace bývají krátkodobé, nestále a absurdní.

Další poměrně vzácnou formou je katatonní schizofrenie, projevující se poruchou hybnosti až její úplnou ztrátou. Rozdělujeme ji na dvě fáze a to na stuporózní a produktivní. Při stuporózní fázi pacient zaujímá neobvyklou, až krkolomnou polohu. V ní zůstává bez hnutí několik hodin i dnů. Toto stádium je doprovázeno snovými či scénickými halucinacemi. V produktivní fázi je pacient neklidný, chová se nepředvídatelně. Častá je ztráta řeči a příznaky negativismu.

Nejvzácnější formou je simplexní schizofrenie, která se projevuje pozvolnou izolací schizofrenika od okolního světa. Pacient se uzavírá do sebe, nedbá na hygienické návyky, bezúčelně se potuluje a dochází u něho k dezorganizaci myšlení. Ze všech typů má nejhorší prognózu. Intelektuálové schopnosti pacienta se mohou snížit až na úroveň lidí trpících demencí. Schizofrenici mívají pocity nicoty, které mohou u nich vyvolávat sebevražedné tendence.

Chronickou a na léčbu špatně reagující je reziduální schizofrenie. Vyskytuje se u pacientů, kteří dříve prožili psychotickou ataku. Projevuje se otupělostí, značnou pasivitou, ztrátou motivace, omezeným vyjadřováním, zanedbáváním sociálních vztahů a zevnějšku.

U nediferencované schizofrenie nemají příznaky onemocnění vyhraněnou podobu, která by odpovídala popsaným podtypům. V praxi se velmi často vyskytují případy, kdy příznaky nenaplňují kritéria pro žádný typ schizofrenie anebo je přítomna symptomatologie více forem schizofrenního onemocnění. Je velmi obtížné rozhodnout, která z nich je v popředí.

Postschizofrenní deprese se vyskytuje u 15 až 24 % pacientů v prvním roce onemocnění. Projevuje se depresivní epizodou, která vznikla po odeznění první schizofrenní ataky. V klinickém obraze jsou stále přítomny schizofrenní příznaky, ale již nepřevládají. Postschizofrenní deprese je spojena s vysokým rizikem sebevražedného jednání. (5,6)

1.7 Léčba schizofrenie

Mezi léčebné metody u psychotického onemocnění schizofrenního typu patří farmakoterapie, psychosociální terapie a v určitých případech i elektrokonvulzivní terapie.

1.7.1 Farmakoterapie

Hlavní léčebnou strategií je aplikace psychofarmak, konkrétně antipsychotik. Předepisovány jsou dva druhy farmak - typická a atypická antipsychotika.

Typická antipsychotika se dále dělí na sedativní a incizivní antipsychotika. Jejichž hlavním cílem je potlačit pozitivní příznaky a to halucinace a bludy, jejich nevýhodou je, že téměř vůbec neovlivňují negativní, deficitní a depresivní příznaky schizofrenie. Sedativní antipsychotika mírně blokují D₂, D₃, popřípadě S₂ receptory a zároveň vysoce inhibují muskarinové, histaminové a alfa-adrenergní receptory. Proto mají vysoký sedativní efekt. Mezi tyto léky patří např. chlorpromazin nebo chlorprotixen. Incisivní antipsychotika se vyznačují vysokou afinitou k postsynaptickým D₂ receptorům a mají nízký vliv na histaminové, muskarinové a adrenergní receptory. Výrazným způsobem tlumí pozitivní příznaky, neklid, popř. agresivitu. Z vedlejších účinků je nejrozvinutější hyperprolaktinémie a extrapyramidový syndrom. V této skupině je lékem první volby haloperidol. I v dnešní době mají tyto léky své místo na trhu.

Atypická antipsychotika mají stejnou účinnost v léčbě pozitivních příznaků jako typická antipsychotika, navíc mají prokázanou vyšší účinnost v terapii příznaků negativních, kognitivních a afektivních. Je prokázána lepší compliance a udržovací léčba. Mezi hlavní vedlejší příznaky spadají možné metabolické změny, případné zvýšení sérové hladiny prolaktinu a ovlivnění srdeční činnosti. Atypická antipsychotika se ještě dále dělí do skupin dle receptorového ovlivnění, které zde neuvádím, protože to přesahuje rámec této práce. Mezi nejčastěji užívaná atypika patří amisulpirid, risperidon, klozapin, olanzapin, quetiapin a zotepin.

Účinnost léčby závisí na typu schizofrenie, na druhu, hloubce příznaků a především na spolupráci pacienta. Přibližně u třetiny pacientů dochází k úplnému uzdravení. Přibližně po dvou až pěti letech již nemusí užívat žádné léky. U další třetiny pacientů se schizofrenie projevuje v atakách, po nichž následují období bez schizofrenní symptomatiky a po nějaké kratší či delší době dochází k remisi. U těchto pacientů je nutná udržovací léčba, aby se předešlo trvalému rozpadu osobnosti. Poslední skupina pacientů reaguje na léčbu špatně nebo nereaguje vůbec. Postupně dochází ke zhoršování příznaků, s kterými pacienti bojují celý život, někdy s větším, někdy s menším úspěchem. Při pravidelném užívání antipsychotik je pacient schopen navrátit se zpět do reality. (15)

Antipsychotika se mohou v akutním stavu podávat i.m. - při nespolupráci pacienta nebo v tabletách. Udržovací léčba může být buď v tabletové, nebo depotní podobě. Na trhu existuje několik depotních preparátů, jak z řady typik i atypik. Tyto injekce jsou vhodné

u méně spolupracujících pacientů, kde hrozí riziko vysazení medikace nebo u těch, kteří dobře nereagují na medikaci v tabletové formě a není u nich možné ani po dlouhé době a zkoušení různých preparátů dosáhnout uspokojivého stavu remise. (5)

1.7.2 Elektrokonvulzivní terapie

EKT se užívá u schizofrenie pouze ojediněle, většinou při rozvoji katatonii nebo depresivní symptomatiky. Probíhá v celkové anestezii a po aplikaci myorelaxantů. Elektrokonvulzivní terapie bývá také spojena s nežádoucími účinky. Někteří pacienti si po aplikaci stěžují na bolesti hlavy, nevolnost od žaludku, vzpomínky na dušení (vinou nedostatečně hluboké anestezie při příliš rychlé aplikaci myorelaxancia), pocit slabosti a někdy i svalové bolesti.

Objevuje se anterográdní amnézie, která by měla pominout do 72 hodin. Poruchy retrográdní amnézie přetrvávají delší dobu, k plnému návratu paměti k normě dochází až po třech až sedmi měsících. (26)

1.7.3 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)

Novou, zatím převážně experimentálně používanou nefarmakologickou metodu, která by mohla být používána k léčbě schizofrenie, představuje repetitivní transkraniální magnetická stimulace. Je indikována u pacientů s rezistentními sluchovými halucinacemi a u pacientů s převážně negativní symptomatikou. (17)

1.7.4 Psychosociální terapie

Při účinné léčbě schizofrenie je nezbytně nutný komplexní přístup k pacientovi. Z psychoterapeutických technik se osvědčila rodinná terapie, trénink sociálních dovedností, individuální psychodynamické přístupy v psychoterapii nebo podpůrná skupinová terapie. (5)

2 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie patří mezi nejstarší léčebné prostředky, které se používají při léčbě psychóz. Samotné psychoterapeutické ovlivňování pacientů nebylo úspěšné. K obratu došlo v 70. - 80. letech zavedením užívání neuroleptik, rozšířením kognitivně-behaviorálních postupů, nácviku sociálních dovedností, rodinné intervence a psychoedukace. Léčba byla z větší části přesunuta do ambulantní péče. Výsledkem bylo zkrácení doby hospitalizace, získání větší autonomie pro pacienty a zapojení rodiny do léčebných postupů. Prostřednictvím psychoterapie se pacient učí kontrolovat své chování,

vnímání, emoce, myšlenky a představy. Psychoterapeutická léčba po prodělané epizodě může trvat i několik let. (1,2)

Psychoterapie je léčebná metoda, při které prostřednictvím psychologických prostředků ovlivňujeme chorobný proces. K psychologickým prostředkům řadíme verbální i neverbální komunikaci (slovo, mimiku, mlčení), učení a emoční vztahy. Existuje několik psychoterapeutických škol, které mají rozdílné přístupy k léčbě. Školy zaměřující se na „proč“ (kognitivní = poznávací) se zabývají pacientovo chováním, proč dělá to, co dělá, a proč se pak takto cítí. Jiné školy se zase zaměřují na chování „co a jak“. Hledají důvody, proč dochází k jeho změnám. Další školy se specializují na emotivitu (afektivní). Zajímají se, jak se pacient cítí a jaká je jeho individuální zkušenost.

Péče by měla být vysoce individualizována, zaměřená na řešení konkrétních problémů. Stále je mnoho pacientů, u kterých přetrvávají farmakologicky špatně ovlivnitelné příznaky a kognitivní deficity. Existují samozřejmě i pacienti, kteří trpí častými relapsy, selhávají ve svých sociálních rolích, mají napjaté vztahy se svojí rodinou nebo nespolupracují při léčbě. (8)

Psychoterapeutické metody jsou zaměřeny především na problémy v komunikaci mezi psychotikem a jeho okolím. Zjednodušeně můžeme říci, že se specializují na zklidnění a podpoření pacienta, aby se dokázal znovu orientovat ve svém „zmateném“ světě. Schizofrenie způsobuje vážný deficit v adaptaci na mezilidské vztahy. Pacient chybně vnímá události v jeho okolí. Odpovědi schizofrenika jsou často nepřiměřené situaci, vedou k nedorozumění, úzkosti nebo zvýšené agresivitě. Pacient potřebuje více času ke zvládnutí každodenních činností. Tento čas je nutné mu poskytnout. Psychotičtí pacienti zvýšeně registrují spěch a nátlak na jejich osobu. Reagují buď stažením nebo zmateností. Psychoterapie poskytuje ochranný prostor, ve kterém pacient může vyjádřit, co ho trápí. Cílem je, aby se pacient opět mohl cítit sám sebou, rozuměl si a našel si adekvátní vztah k druhým. Důležité je naučit se předcházet novým psychotickým epizodám nebo na sobě rozpoznat blížící se ataku. (5,1)

2.1 Psychoterapeutická intervence v krizovém stavu

Psychoterapeutická intervence v krizovém stavu bývá právem označována, jako první pomoc při dekompenzaci psychického stavu. Jde o přístup umožňující zvládnutí aktuálního problému vlastními silami, popřípadě za podpory blízkých. Jedná se o případy, u kterých ještě nedošlo k dezintegraci psychických funkcí. V případě, kdy není možné ambulantně zvládnout problém, se pacient odesílá k ústavní léčbě v rámci psychiatrického oddělení.

Krizová intervence pracuje pomocí komunikačních technik a jejím cílem je zpracování vypjatých emočních stavů. Role terapeuta bývá jiná než u obvyklé psychoterapie. Volí se zde aktivní a direktivní přístup. (3,8)

2.2 Psychoterapeutické intervence v průběhu hospitalizace

Schizofrenie byla v minulosti díky malým možnostem léčby považována za nemoc s nepříznivými vyhlídkami do budoucna. Nemoc často přecházela do chronického stavu. Dnes se díky novým léčebným metodám výrazně zlepšily šance pacienta na dlouhodobé období remise. Délka se odvíjí od jeho aktivní spolupráce a kompliance při užívání léků. Důležitou roli sehraává i rodina, pracovní prostředí a události v pacientově životě. Léčbu je nutné vždy přizpůsobit délce a fázi onemocnění.

Schizofrenní pacienti nejsou schopni a někdy ani ochotni se v akutní fázi svého onemocnění účastnit strukturovaných léčebných programů. Proto u nich nejsou vhodné běžné terapeutické postupy. Během akutní fáze onemocnění potřebují pacienti stálé a jisté vztahy. Postoj a osobnost terapeuta má větší význam, než některé později prováděné techniky a metody. Psychoterapie u pacientů v akutní fázi představuje doprovázení a schopnost sdílet s pacientem jeho úzkostné stavy. Důležité je pochopení a předání osobní jistoty. (5)

Po odeznění akutního stavu se zabýváme psychoterapeutickými aspekty, které jsou zaměřené na zmírnění a vymizení příznaků. Terapie používající se při léčbě schizofrenního onemocnění může být zaměřená buď na jednotlivce, rodinu nebo na skupinu pacientů se stejným onemocněním. Tyto metody mají své výhody i nevýhody. (5)

2.3 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie se provádí prostřednictvím psychoanalytické terapie s ohraničenou indikací. Cílem je podpora verbalizace myšlenek a pocitů, rozlišování mezi přítomností a minulostí. Terapeut spolu s pacientem vytvářejí terapeutické spojení, při kterém využívají nepsychotickou část osobnosti a podpůrné prostředí k vytvoření si objektivního náhledu na nemoc. K porozumění příznakům psychózy se používá metoda protipřenosu. Sezení se odehrává „tváří v tvář“. Přínos individuální terapie lze pozorovat spíše až po několika letech trvání. Tato metoda je velmi náročná na čas i zkušenosti terapeuta. Využívá základního vztahu terapeut – pacient. Používá se u pacientů, u kterých nebyly ostatní léčebné postupy úspěšné. Psychoanalytická terapie se zabývá odhalováním konfliktů z dětství a získáváním náhledu na subjektivní problémy pacienta. Za úspěch se

považuje dosažení pozitivních změn v osobnosti pacienta. Průkopníkem individuální terapie u psychotických pacientů je G. Benedeti, který přispěl k porozumění subjektivního prožívání v psychóze. Benedeti popisuje psychózu jako dezintegraci vlastního já. Terapeut se mimo jiné zabývá rozvojem identity a vytváření pocitu jistoty. (8, 11, 5)

2.4 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie u schizofrenních pacientů měla zprvu podobu dlouhodobých skupin na chronických odděleních. S rozvojem psychofarmak a komunitní psychiatrie se skupinová psychoterapie rozdělila na krátkodobou, prováděnou na odděleních, a dlouhodobou v rámci ambulancí a denních stacionářů. Cílem je úspěšné zvládnání interpersonálních vztahů, včetně vztahu k sobě samému, zlepšení psychosociálních funkcí a získání sebedůvěry. (8)

Skupinová psychoterapie dává jedinci možnost získat sociálně adaptivnější chování a jednání, učí snášenlivosti, zvyšuje schopnost vidět situaci jinýma očima. Prostřednictvím skupin získává pacient zpětné vazby od více lidí. Skupinová terapie v akutní fázi může být pro některé pacienty určitým problémem. Nemocný může být zbytečně zahlcen vnějšími stimuly, které ho mohou vyčerpávat. Po odeznění akutní fáze pomáhá v začlenění se mezi ostatní lidi. Psychoterapie probíhá ve skupině 8 - 12 lidí. Vedou jí nejčastěji dva psychoterapeuti. Sezení trvá zpravidla 1 až 1,5 hodiny. Skupina může být otevřená nebo uzavřená. (7)

Pacient se zařazuje do skupinové psychoterapie na základě individuálního pohovoru. Terapeut během pohovoru musí odhadnout, zda je pacient připraven nebo zda potřebuje další individuální přípravu. Během přípravného pohovoru, terapeut vysvětlí pacientovi význam skupinové terapie. Pacientovi musí být poskytnuta jasná, optimistická a reálná perspektiva do budoucnosti včetně přibližného termínu propuštění. Velmi se osvědčila kombinace skupinové psychoterapie s individuálním psychomelodramatem, který obsahuje prvky z individuální, ale i skupinové psychoterapie. Individuální psychomelodrama se ukázala jako nejúčinnější forma u těžkých a chronických forem schizofrenie, kde překážkou v terapii je hluboké ponoření se do své vlastní reality. (8)

Se schizofrenními pacienty se nejlépe pracuje ve skupině, která je smíšená po stránce diagnóz i pohlaví a je otevřená. Z hlediska diagnózy jsou do skupinové psychoterapie indikovány všechny psychózy. Určitou kontraindikací může být paranoia, která je pro vedení skupiny svízelná.

Diagnosticky heterogenní složení skupiny má nesporné výhody. Pacienti s manio-depresivním onemocněním obohacují skupinu lepším kontaktem a emotivitou. Schizofrenní pacienti pomáhají manickým pacientům s úpravou jejich chování a depresivní zase povzbuzují. Kombinace neurotiků s psychotiky se nedoporučuje. Každá diagnóza vyžaduje jiný způsob vedení skupiny. Skupina by pak nemohla pracovat jako celek.

Heterogenita po stránce pohlaví je u schizofrenních pacientů velmi prospěšná. Umožňuje nácvik interpersonálních situací, které jsou běžné v životě. Společný pobyt psychotických žen a mužů vede k lepší sebeúpravě a k dodržování společenských norem. Psychoterapie umožňuje nácvik komunikace mezi osobami opačného pohlaví, což je pro tyto pacienty velmi důležité. Také přítomnost dvou generací je velmi užitečná. Umožňuje nácvik modelových situací.

Otevřená skupina je výhodnější. Pacienti, kteří v ní jsou již delší dobu, jsou vzorem a ukazovatelem perspektivy pro nově přicházející. V praxi se osvědčila metoda, kdy každý týden 2 až 3 lidi přicházejí a stejný počet lidí odchází. V otevřené skupině je tak sníženo riziko vzájemného posilování psychotických projevů a naopak snadnějšího získání kritického náhledu na psychózu. Výměna pacientů vytváří větší sociální pole s větším počtem sociálních kontaktů. (9)

2.4.1 Diskusní skupinová psychoterapie

Diskusní skupinová terapie se zabývá rozebíráním vlastních životních příběhů, povahou onemocnění a vytváří tak základ k poznání a sebepoznání. Terapeut s pacientem nenásilně rozebírá jeho minulost, ale větší pozornost věnuje aktivizaci pacienta pro budoucnost. Psychoterapeutické sezení jsou více zaměřené na současnost, budoucnost a vypracování nozognózie (náhledu na onemocnění).

Pacient s náhledem na své onemocnění lépe spolupracuje a je schopen udržet se v dobré remisi po propuštění. Uvědomuje si chorobnost příznaků nově přicházející ataky. Včasně vyhledaná psychiatrická pomoc může vést k tomu, že pacient bývá ve většině případů přeléčen pouze ambulantně.

V biografické a nozografické diskusi se pacient dostává k vyprávění vlastního životopisu ve čtvrtém nebo pátém týdnu pobytu ve skupině. Volně přednáší předem připravený životopis podle dané osnovy. Vlastní životopis je rozdělen na šest oddílů. V první části se zabývá předškolním věkem. Pacient popisuje datum a místo svého narození. Sděluje počet sourozenců a dalších osob žijících ve společné domácnosti. Zabývá se meziosobními vztahy, materiálním zabezpečením rodiny, příjemnými a

nepříjemnými vzpomínkami, zážitky, přáními a ideály. V druhé části popisuje školní věk a dospívání. Hodnotí školní docházku, prospěch, nejoblíbenější předměty, vztahy k učitelům a spolužákům, své povahové rysy, zájmy a koníčky. Třetí část je zaměřena na zaměstnání. Pacient vzpomíná na nástup do práce, platové ohodnocení, svůj vztah k práci, nadřízeným a spolupracovníkům, popisuje případné konflikty a jejich příčiny. Ve čtvrté popisuje erotický život a manželství. Vypráví o první lásce, prvním pohlavním styku, sňatku a vývoji manželských vztahů a konfliktů. Pátá část je zaměřená na onemocnění. Pacient vzpomíná na životní situace a události před onemocněním. Popisuje, jak nemoc ovlivnila jeho chování a reakci okolí. V poslední šesté části hodnotí současnost a vyjadřuje své plány do budoucna.

Během vyprávění terapeut klade doplňující otázky a vybízí ostatní k vyjadřování svých pocitů, empatie, případně kritiky. Některé situace nechává psychodramaticky přehrát. U pacientů často nacházíme v dětství určité zážitky, které je nutné psychoterapeuticky zpracovat. V mnoha případech se setkáváme s nejistotou ve vztahu k rodičům a určitou nespravedlivou perzekucí. Rovněž v sexuální oblasti bývají problémy související s neschopností navazovat kontakt s opačným pohlavím.

Další skupinové sezení je zaměřeno na diskusi o aktuálních problémech. Tematické diskuse jsou zaměřené jednak na problémy, které se vyskytují nejvíce ve skupině. Například je-li ve skupině více pacientů, kteří mají problémy v manželství, sezení se orientuje na tuto problematiku. Do diskuse se často zařazují témata, která pomáhají nalézt v pacientově životě světlé stránky a odstraňují obavy z budoucnosti. K tématu se musí vyjádřit každý člen skupiny.

V dalších sezeních se může využít např. metody interakční diskuse. Ta slouží k zamyšlení nad sebou a ostatními. Využívají se při ní speciální techniky jako sociometrický test a hra s psychoterapeutickým potenciálem. Při hře se pacientům rozdají lístky, na které pacient napíše své jméno a odpoví na otázky, jaký jsem nebo jaký bych chtěl být. Terapeut lístky vybere a přečte odpovědi bez jmen. Skupina se snaží poznat, o koho se jedná a jeho vlastní hodnocení je konfrontováno s hodnocením ostatních. Tak pacienti získávají zpětnou vazbu. Podobnou technikou je hra „Dávám ti tuto květinu, protože“. Pacienti si mezi sebou předávají květinu a vysvětlují proč jí dávají. Terapeut neukončí hru, dokud nejsou obdarováni všichni. Tyto hry jsou mezi pacienty velmi oblíbené. V sociometrických testech používáme přesně formulované otázky. Například koho bych si vybral ze skupiny za otce nebo matku, syna nebo dceru, přítele nebo přítelkyni. Při testech nepoužíváme negativně formulované otázky, které mohou zraňovat. Například koho nemám rád.

Výsledky testu terapeut čárkuje a skupina o nich ihned diskutuje. Méně oblíbené členy je třeba povzbuzovat a přibližovat skupině.

Při diskusi ve skupině lze využít také fantazijní relaxaci. Terapeut při relaxaci se zavřenýma očima navozuje fantazijní představy. Například cestu ozářenou krajinou nebo otevření dveří na konci chodby, fantazijní obrazy se u každého pacienta rozvíjejí individuálně. Po ukončení relaxace dochází ke sdělování a rozebírání svých pocitů. (16)

2.4.2 Psychodrama

Psychodrama je metoda spočívající v dramatické hře, která je řízená terapeutem a sledovaná diváky. Tato metoda je všeobecně málo rozšířená, neboť vyžaduje speciální znalosti a dovednosti terapeuta. Psychodrama lze používat v několika způsobech. Jednak můžeme uprostřed diskuse přejít k přehrávání situace, na kterou jsme narazili, nebo celou hodinu můžeme věnovat psychodramatu se stanoveným cílem. K přehrávání situace přistupujeme tam, kde chceme určitou interpersonální situaci objasnit. Protagonistou je pacient, mající nevyřešené problémy. Pokud je problematika závažnější, terapeut se zabývá jeho problémy po celou dobu psychodramatu. Je-li problematika méně závažná, vystupuje v psychodramatu více protagonistů, kteří mají podobné těžkosti. Před každou scénou je nutné společně se s pacienty domluvit na situaci, která se bude rozebírat, čase a prostoru ve kterém se děj bude odehrávat. Prostřednictvím psychodramatu se uvolňuje pacientovo spontánní jednání, které je nemocí pozastaveno. Jednání je mnohem bezprostřednější. Na povrch se dostávají skutečnosti, které při pouhém pohovoru zůstávají skryté.

Pacient může vystoupit sám za sebe nebo za jiného protagonistu události a podívat se na sebe očima druhé osoby. Pacient pak mnohdy dochází k překvapivým závěrům. Obměnou psychodramatu je technika zrcadla, kdy pomocný herec předvádí jiného pacienta s jeho způsoby chování. Pacient sedící mezi diváky má možnost sledovat se jako v zrcadle. Získává tak nový pohled na svou situaci. Při technice alter ego předvádí herec pacientovy vnitřní pocity. Pacient sedí v hledišti a může si lépe uvědomit svoje prožívání i chování. Další alternativou techniky psychodramatu je technika dvojník. Dvojník kopíruje protagonistu v jeho pohybech a zároveň vyjadřuje jeho pocity. Technika dvojníka spojuje metodu alter ega a zrcadla. Každé přehrané představení je zakončeno rozbořením psychodramatické akce. Rozebírají se situace s dobře dávkovanými intervencemi. Pacient ve skupině získává nové poznatky o chování ostatních, informace o vhodných a

nevhodných interpersonálních vztazích. Získává tak pohledy na tytéž věci z různých stran.
(9)

2.4.3 Psychomelodrama

Psychomelodrama neboli muzikodrama se používá za účelem prohloubení účinnosti psychodramatu pomocí hudby. Klavírní improvizace pomáhají vytvořit atmosféru scény a vžít se do situace. Používají se volné improvizace na vlastní motivy. Není vhodné improvizovat se známými skladbami, protože mohou vyvolávat v pacientovi negativní asociace. Hudba vyvolává u pacientů emoční odezvu, napomáhá odreagování a katarzi. K resocializaci psychotiků se používá povzbuzující hudba, která přispívá k oživení jejich zájmů a sociálně adaptivní aktivizaci.(3)

2.4.4 Volpertova imagoterapie

Volpertova imagoterapie se zabývá systematickým a dlouhodobým nácvikem napodobování ideálního vzoru chování, vybraného z literárního díla. Pacient opakovaně napodobuje chování literárního hrdiny v různých situacích. Učí se jeho způsobu chování. Pacienti si předem přečtou určenou povídku a následující den přehrají významné situace z povídky.

2.4.5 Psychogymnastika

Psychogymnastika využívá vlivu pohybu v prostoru a v interpersonálních vztazích na psychiku. Umožňuje nonverbální vyjádření u pacientů, kteří mají určité problémy s verbálním projevem. Hodina psychogymnastiky má tři části. Úvodní část slouží k uvolnění a rozhýbání těla. Přispívá ke snížení strachu a odstranění zábran. Začíná rozcvičkou, po které následují jednoduché pohyby. Používá se běh nebo chůze, které jsou tematicky motivovány, například chůze proti větru nebo běh na autobus. Pantomimická část je nejdůležitější a nejdelší. Terapeut předkládá témata, která pacienti vyjadřují prostřednictvím gymnastických a pantomimických prvků. Tématika je přizpůsobena přechodu od chorobného ke zdravému, od minulosti k budoucnosti. Závěrečná část je uvolňující a posilující pocit sounáležitosti. Hodina musí skončit pro všechny příjemně.

2.4.6 Arteterapie

Arteterapie přináší možnost nonverbálního vyjádření výtvarnými prostředky. Náplň výtvarné práce je rozdělena do několika okruhů. Témata jsou vybrány z minulosti, současnosti a budoucnosti. Způsoby zpracování mohou být různé. Využívá se kresba, malba nebo koláž. Výtvarné vyjádření je později ve skupině rozebíráno. Arteterapie

podněcuje komunikaci, zlepšuje sebepoznání. Pacienti prostřednictvím této metody vyjadřují hluboké emoce, které se jim těžko sdělují.

2.4.7 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá k terapeutickému působení hudbu. Muzikoterapii lze rozdělit na receptivní a aktivní. Receptivní muzikoterapie se dále dělí na individuální a skupinovou. Individuální se zdá vhodnější, jelikož reakce na hudbu jsou individuálně variabilní. Receptivní muzikoterapie má význam komunikativní. K poslechu se volí hudba, která vyvolává pozitivní emoce. V praxi se používají skladby, které vyvolávají v pacientovi radost nebo smutek, mají uklidňující nebo rozrušující účinek. Hudba k těmto účelům musí být vybírána opatrně. Impresionistická a moderní hudba působí na psychotiky dezintegračně, romantická vyvolává silnou emocionalitu. Z baroka a klasicismu vybíráme skladby, které nejsou na poslech příliš těžké, patetické nebo melancholické. Poslech hudby nemá trvat déle než 10 minut. Žádoucího účinku by mělo být dosaženo po pěti minutách. V aktivní muzikoterapii používáme bubínky, triangly, činely a koule. Rytmus slouží k aktivizaci pacientů a stmelení skupiny.

2.5 Rodinná terapie

Výhodou rodinné terapie je možnost pracovat nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou. Existuje celá řada postupů vedení rodinné terapie. Ve většině případů se osvědčila systematická terapie, která se zabývá snižováním emoční exprese v rodině. Přílišná emoční exprese vede k většímu riziku vzniku relapsu. Negativní emoční exprese u příbuzných ve většině případů souvisí s jejich názory a neznalostmi o schizofrenii.

2.6 Kognitivně behaviorální terapie

Jednou z nejpoužívanějších metod nácviku jak sociálních, tak kognitivních dovedností je Kognitivně – behaviorální psychoterapie. Tato terapie vznikla v 80. letech 20. století spojením dvou odlišných směrů behaviorální terapie zabývajících se procesem učení a kognitivní terapie zaměřující se na poznávací procesy a to především myšlení. Podle kognitivně - behaviorální terapie jsou příčiny psychických potíží v chybných vzorcích chování, kognitivním zpracování nebo v emocionálních a tělesných reakcích. Tyto chybné vzorce jsou naučené, podporované vnějšími a vnitřními faktory.

Mezi základní charakteristické rysy patří časové vymezení, strukturovanost, aktivní otevřená spolupráce, vědecky podložené teorie vzniku onemocnění a udržování psychické pohody, řešení aktuálních problémů, zaměření na změnu faktorů, které udržují problémy,

dosažení konkrétního cíle terapeutickými postupy a léčba zaměřující se na konkrétní změny v životě. Cílem je samostatnost pacienta, který se nejprve učí novým dovednostem a pak tyto získané znalosti používá v přirozeném prostředí. (15)

Kognitivně behaviorální terapie je zaměřená na celkové zklidnění způsobené přijetím nemoci a odstranění úzkostného způsobu myšlení. Vychází z předpokladu správné identifikace problému, změny chybného myšlení a chování. Tato terapie se používá u pacientů dlouhodobě nemocných. Terapeut zpočátku zaujímá roli aktivního experta. V průběhu terapie se snižuje jeho působení. Odpovědnost se přenáší na pacienta, od kterého se očekává aktivní přístup při řešení problémů a otevřené sdělování myšlenek a emocí. Terapeutické postupy slouží k dosažení předem dohodnutého cíle. Prostřednictvím terapie odstraňujeme reziduální příznaky a trénujeme dovednosti potřebné pro kompletní sebeobsluhu. (1)

Pomocí kognitivně behaviorální terapie se úspěšně ovlivňují bludy a halucinace. Chadwick prokázal vliv kognitivní terapie na sluchové halucinace. Cílem bylo snížení vlivu na jednání a snížení míry nepohody, kterou pacienti pocítují. Pacienti se učí odvádět pozornost pomocí vlastního uklidňujícího komentáře. (10)

Kingdon a Turkington popisují ve svých kazuistikách způsob, jak lze s pacientem komunikovat o pravdivosti a nepravdivosti jeho bludného přesvědčení. Tito autoři zdůrazňují, že obsah bludného přesvědčení je přístupný logickým argumentům. Terapeut trpělivě oslabuje přesvědčivost bludu periferním dotazováním. Vytváří se na méně důležité složky bludného přesvědčení. Nezpochybňuje, že pacient je sledován, ale zjišťuje kolik lidí je do toho zapojeno, zda některé nepodezřívá neoprávněně.

K dalším metodám patří testování reality, kdy nemocný si zaznamenává události, které svědčí ve prospěch bludného přesvědčení. Spolu s terapeutem zkoumají, zda tyto události lze vysvětlit i jiným způsobem. (1)

Kognitivní trénink se využívá při léčbě akutní psychózy, k profylaxi recidiv v rámci terciární prevence. Cílem terciární prevence je zabránění izolaci a restrikci pacienta. (5)

U pacientů se schizofrenií jsou zjištěny poruchy verbálního učení a vybavování, prostorové a verbální pracovní paměti a pozornosti. Předpokladem úspěšné rehabilitace je rozdělení složitých úloh a problémů na dílčí kroky, které se snadněji odstraňují a překonávají. (11)

Schizofrenie je spojena s neurokognitivním poškozením, které ovlivňuje sociální adaptaci. Rehabilitace je zaměřena na zlepšení kapacity paměti, pozornosti a zlepšení sociálních dovedností. Nejpropracovanější program vytvořili Brenner a jeho kolegové a to

tzvaný Integrovaný psychologický program pro schizofreniky (IPT). Který se zabývá postupným nácvikem kognitivní diferenciacce, sociálního vnímání, verbální komunikace, sociálními dovednostmi a schopností řešit problémy. Program se provádí ve skupině 4 až 8 pacientů vždy se dvěma terapeuti. Jedno sezení trvá 30 až 90 minut a provádí se maximálně 5x týdně. Program je strukturovaný a využívá názorných pomůcek, hraní rolí, nácviku podle vzoru a zpětné vazby. Pacient je schopen zapamatovat si naučené cílové chování pouze v případě zachování stejných podmínek, za kterých se toto chování naučil. (10)

V průběhu 60. let 20. století se na uzavřených psychiatrických odděleních používal program žetonového hospodaření. Program ovlivňoval způsob chování psychotických pacientů a zlepšoval jejich péči o sebe. Pacienti byly za žádoucí chování odměňovány žetony, za které pak získávali určité výhody. Ukázalo se, že lze zmírnit nežádoucí chování a zlepšit péči o sebe. Došlo ke zklidnění a zlepšení atmosféry na oddělení. Slabinou programu bylo, že pacienti, kteří se dostali mimo oddělení a nebyli odměňováni, se po určité době opět vrátili ke starému způsobu chování (1).

Další metodou, kterou řadíme mezi skupinovou psychoterapii, jsou psychosociální intervence. Hlavním úkolem psychosociálních intervencí je posilování schopností komunikovat s ostatními, stát se samostatným. Intervence nejsou zaměřené pouze na pacienta samotného, ale i na jeho blízké. Ti se učí větší toleranci vůči symptomům nemoci. Posilují dovednosti, které jsou nutné pro společné soužití s duševně nemocným. Někdy i samotní členové rodiny potřebují psychologickou pomoc. Při společném soužití jsou příbuzní vystavěni obrovskému stresu a zátěži.

Terapeut se stává podporou, ale i „průvodcem v realitě“. Plány i cíle musí být splnitelné a dostupné. Opakované selhání může vést k izolaci pacienta. (2)

3 NÁCVIK SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ

Sociální dovednosti slouží k řešení mezilidských konfliktů. V 70. letech vypracoval Liberman program nácviku sociálních dovedností pro schizofrenní pacienty žijící v remisi v přirozeném prostředí. Jedná se o nácvik komunikace a sociálních dovedností postupující od jednoduchého ke složitému. Zpravidla probíhá ve skupině 6 až 8 pacientů. Pacienti se učí zacházet s druhými lidmi a řešit mezilidské vztahy. Mezi základní dovednosti, které se pacient učí, patří aktivní naslouchání, vnímání sociálních dovedností, neverbální komunikace, empatie, schopnost vyjádřit pochvalu, zahájit a ukončit krátký rozhovor,

sebeprosazení a nácvik řešení problémů. Tento nácvik sice zlepšuje sociální dovednosti, ale nijak výrazně neovlivňuje riziko relapsu. (1)

Trénink sociálních dovedností patří mezi sekundární a terciární prevenci schizofrenie. Prostřednictvím strategie se nemocný lépe brání stresu, který je způsoben nadměrným zatížením, a recidivě. Trénink nabývá velkého významu především u chronických pacientů, u kterých se již rozvolnily nebo dokonce zanikly sociální vazby. Těžištěm tréninku je včasné rozpoznání symptomů a zvládnutí socioemocionálních zátěžových situací. (5)

3.1 Sociální rehabilitace

Po prodělané epizodě bývá pacient zpravidla vyčerpan a potřebuje dostatek času na obnovení sil. Období vyčerpanosti může trvat několik měsíců. V tomto období je důležité snížení náročnosti každodenních povinností. Pokud u pacienta přetrvávají reziduální symptomy, je velmi obtížné obnovení uspokojivého každodenního řádu. Pacientovi mohou škodit jednak přehnané nároky na jeho osobu, ale i nároky nedostatečné. Příliš nízké požadavky vedou k pasivitě a ztrátě zájmu. (2)

Sociální rehabilitace se zabývá navrácením dřívější pracovní a sociální výkonnosti. Schizofrenie vyřazuje nemocného z běžného života. Vede ke ztrátě pracovního zařazení, k invalidizaci jeho osoby, někdy i k rozpadu rodinného zázemí. Rehabilitace začíná v průběhu hospitalizace. Zaměřuje se na zachování kvality života pacienta v rozsahu, který umožňuje jeho duševní onemocnění. Po částečném zklidnění je pacient zapojován do pracovního programu. Pracovní terapie není pouhá terapie zaměstnáním. Cílem pracovní terapie je navrácení pracovní schopnosti, která je pro nemocného přijatelná. Pacienta však do aktivit nenutíme. Bereme ohled na jeho momentální duševní i tělesné schopnosti. (11)

Přechod z hospitalizační do ambulantní péče je snadnější, využíváme-li specializované denní stacionáře, podpůrné organizace, kluby, dílny a chráněné bydlení.

Denní stacionáře jsou určeny pro pacienty, kteří jsou schopni účastnit se denního režimu a mají dobré rodinné zázemí. V stacionářích probíhá pod vedením profesionálů denní program. Provádí se skupinová psychoterapie, nácvikové programy, společenské hry, vaření a drobné domácí práce. Pacient přichází do stacionáře každé ráno a v odpoledních hodinách se vrací zpět domů. (2)

Socioterapeutické kluby jsou zřizovány při lůžkových, denních i ambulantních zařízeních. Sdružují pacienty, kteří se již intenzivně neléčí, ale chtějí se nadále setkávat. V klubu nalézají podporu, porozumění, kontakt s lidmi a společnou zábavu. Kluby

pořádají výlety, večírky, sportovní činnosti. Snaží se aktivním způsobem naplnit pacientův volný čas. (7)

Chráněné bydlení představuje pro pacienty, kteří jsou propuštěny velkou pomocí. Je to vlastně přechod mezi léčbou ústavní a ambulantní. Chráněné bydlení je vhodné pro pacienty, kteří dokážou poměrně samostatně zvládnout záležitosti běžného života, ale ještě si plně nedůvěřují natolik, aby mohli samostatně existovat v běžném životě. Během dne pacienti docházejí buď do denních stacionářů, nebo do chráněných dílen. Pacient opouští chráněné bydlení v době, kdy si plně důvěřuje a dokáže žít samostatně. (2)

Chráněné dílny pomáhají pacientům překlenout dobu po hospitalizaci a před nástupem do zaměstnání. Do chráněných dílen jsou zařazováni pacienti, kteří mají invalidní důchod a jsou ohroženi sociální izolací. Návrat na původní pracovní místo se daří pacientům, kteří dodržují režim a léčbu a měli před vypuknutím choroby dobré vztahy na pracovišti. Hledání nového místa je velmi obtížné zvláště pro mladé lidi, kteří nemají ukončené vzdělání a nikde předtím nepracovali. Nemají žádné praktické zkušenosti. Nácvik sociálních dovedností zahrnuje hledání pracovního místa, odpovídání na inzeráty a zvládnutí přijímacího pohovoru. (2)

3.2 Posthospitalizační psychoterapeutická péče

Trvalost terapeutického efektu závisí na možnostech sociálního uplatnění pacienta po jeho propuštění. Důležité je být v kontaktu s pacientovou rodinou. Přítomnost rodinných příslušníků při terapii, řeší problémy daleko rychleji. Prognóza je vždy příznivější, pokud rodina spolupracuje.

Terapeutický vztah nekončí propuštěním pacienta, ale nadále přetrvává v určité formě. Pro pacienta se stává opěrným bodem pro vytváření vztahů s jinými lidmi. Pacienti mají často tendenci obracet se se svými problémy na „svého“ psychoterapeuta a odmítají další psychoterapeutickou pomoc. Je velmi důležité, aby terapeut posiloval u pacienta důvěru v ambulantního terapeuta. Optimální by bylo navazování ústavní terapie na ambulantní. Cílem ambulantní psychoterapie je resocializace pacientů. Jedná se o následnou stabilizaci a zlepšování duševního stavu, ve kterém byl pacient propuštěn. V ambulantní psychoterapii se využívají diskuse zaměřené na aktuální problémy pacientů. Terapeut může být méně aktivní, zůstává však chápací a povzbuzující. Velkého významu nabývá pozitivní stimulace, vedoucí pacienty k aktivizaci, větší samostatnosti a sebejistotě. (15)

Pokud pacient nedochází do ambulantní psychoterapeutické péče, je velmi důležitý psychoterapeutický přístup ambulantního psychiatra. Přístup spočívá v citlivosti, úctě,

vlídnosti a trpělivosti. Pokud se ambulantní psychiatr omezuje pouze na paušální otázky a preskripci léků, může v pacientovi vyvolat pocit zklamání. Určitým spojovacím článkem mezi ústavní a ambulantní léčbou mohou být kluby. Zde se pořádají společenské večírky s kulturním programem a tancem, společné kulturní akce, jako je návštěva historických objektů, divadla, kina nebo jen výlety do přírody. Propuštění pacienti dostávají pozvánky po dobu šesti měsíců. Kluby umožňují nenásilné přerušování psychoterapeutického vztahu s ústavním terapeutem a navázání nového vztahu s ambulantním.

Za úspěch lze považovat, pokud se pacient udrží v dobrém psychickém stavu při plném pracovním zapojení po dobu pěti let. Větší naději na dlouhodobou remisi, mají pacienti, kteří byli po první atace psychoterapeuticky ovlivňováni.

Psychotik s dostatečným náhledem na svoje onemocnění je schopen si uvědomit včas přítomnost prvních příznaků recidivy. U těchto pacientů je pak mírnější průběh atak s dlouhodobě zachovanou pracovní schopností, bez degradace osobnosti. (16)

3.3 Profylaxe recidiv

Nebezpečí recidiv u schizofrenie je až 90% v prvních dvou letech. Proto je velmi důležitá sekundární prevence onemocnění. Strategie léčby je zaměřena na poskytování ochrany v situacích, kdy je pacient vystaven nadměrné zátěži a negativním stimulacím – například rozchod s partnerem, ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání a podobně. Pacient se učí včasnému rozpoznání recidiv. Individuálně se volí farmakologická léčba, rodinná terapie, sociální a kognitivní tréninky. Sekundární prevence vychází z předpokladu, že pacient již byl informován o povaze svého onemocnění a těžkostech, které s ním souvisí a že je schopen rozpoznat počínající symptomy psychotického onemocnění.

Je velmi důležité, aby už během hospitalizace byla připravená následná ambulantní péče dohodnutá s pacientem. Jak už bylo zmíněno, psychoterapeutické postupy mají úspěšnost pouze v kombinaci s farmakologickou léčbou. Právě pro sekundární prevenci se velmi osvědčily psychoedukativní intervence zaměřené na pacienta i na rodinné příslušníky. Nejedná se o odkrývání skrytých konfliktů a osvobození pacienta z patologického prostředí, nýbrž o odhalení zdrojů problémů v rodině. Důležitá je motivace a získání blízkých osob pro zvládnutí choroby a posílení rodinné solidarity. (3)

4 EDUKACE

Úspěšná léčba schizofrenie vyžaduje spolupráci pacienta i rodiny. Neochota spolupracovat je jednou z nejčastějších příčin relapsu. Pacientům a příbuzným často chybí informace o povaze onemocnění. Z neznalosti mylně zaměňují příznaky onemocnění za charakterovou vadu či lenost. Příbuzní často kritizují pacienty za lenost, sobeckost a nezájmem pečovat o sebe. Často vyjadřované negativní emoce mohou poškodit pacienta. Emoční toky lze kvantifikovat škálami. Ke škálování se používá Camberwelle Family Interview – Leff. Příbuzní jsou hodnoceni v četnosti kritických komentářů a pochval, v míře hostility, v intenzitě vměšování se do soukromí, v hyperprotektivitě, v míře vřelosti a schopnosti empatie. (12)

Edukace je zaměřená především na prevenci vzniku relapsu. Náplní edukace je časné rozpoznání pacientovo změn v chování, nepřiměřených názorů, poskytování informací pacientovi a jeho rodinným příslušníkům o povaze, tíži onemocnění a jeho léčbě. Psychotická zkušenost pro pacienta znamená ztrátu přiléhavě třídít a zpracovávat informace. Tato ztráta však nemusí být dočasná, ale trvalá, představující funkční deficit. Tento stav bývá nepochopitelný pro jeho okolí. Laická veřejnost má představu, že člověk s onemocněním schizofrenie je rozpolcený, rozdvojený a nebezpečný. Důležité je si uvědomit, že toto onemocnění nejčastěji postihuje lidi v mladém věku, v produktivní etapě života. Pacient pocítuje nejistotu anebo pseudojistotu podloženou bludy a halucinacemi. Po odeznění psychotické epizody potřebuje pacient ukotvení v adekvátních dimenzích reality. Z počátku je edukace zaměřená na informovanost pacienta o povaze onemocnění. Pacient by se měl dozvědět, že psychóza je závažné, ale léčitelné onemocnění, jehož hlavním problémem je změněný vztah k realitě. Za úspěch se považuje, pokud se podaří pacienta dovést k vědomí, že zákeřnost choroby spočívá v tom, že v období propuknutí choroby se pacient cítí zcela duševně zdravý. Pacienti v době vzplanutí choroby nemají náhled na onemocnění, ale dobře si uvědomují, že něco není v pořádku. Prožívají postupné vykojení, chaos a ztrátu schopnosti rozumět a kooperovat s okolím. Tento prožitek je dobrý pro práci na náhledu. Pacient by se měl dozvědět od lékaře, že tento stav je varovným momentem pro vyhledání pomoci psychiatra.

Pacienty pochopitelně nejvíce zajímá prognóza. Při sdělování prognózy onemocnění je důležitý šetrný přístup a dodávání naděje. Není vhodný ani přílišný optimismus. Pacienti, kteří jsou v rámci psychotické epizody hospitalizováni, se setkávají s ostatními pacienty, kteří jsou hospitalizováni již opakovaně nebo dlouhodobě. Nerealistickým

pohledem do budoucna bychom ztratili jejich důvěru. Pacient by měl vědět, že v budoucnu bude čas od času potřebovat psychiatrickou pomoc a že záleží jen na něm samotném, jakým směrem se bude onemocnění vyvíjet. (13)

4.1 Zahájení edukace

Způsob jakým pacienta edukujeme hraje důležitou roli v pozdějším přístupu pacienta k onemocnění, v míře compliance. V procesu přijímání je na místě ostražitost. Není vhodné označovat pacienta za schizofrenika. Toto označení pacienta omezuje a znemožňuje mu možnost zdravé perspektivy. Naproti tomu přesvědčení, že pacient je člověk, který onemocněl schizofrenií, umožňuje přijetí faktu nemoci, oddělení nemoci od své osoby a získání prostoru pro boj. Odmítnutí a popření nemoci sebou nese žádnou nebo obtížnou spolupráci a tudíž špatnou prognózu. Na druhé straně popření ochraňuje pacienta před depresí a sebevražedným jednáním. Veškeré sdělení by měla mít určitou strukturu. Pacient ztrácí schopnost porozumět světu, kognitivní funkce jsou poškozeny psychotickým procesem. Z toho vyplývá zhoršená schopnost přijímat, třídit a ukládat nové informace. Nelze tedy předpokládat, že jednorázovou edukací zajistíme informace v plném rozsahu. Edukace je proces, který probíhá opakovaně, po částech se zaměřením na aktuální stav pacienta. Prvotní potřeba spočívá v navázání vztahu s někým, kdo mu rozumí. Načasování edukace je u každého pacienta individuální, někteří pacienti jsou schopni podstoupit edukaci až ve stavu úplné remise. Podané informace musí být přijatelné a dobře srozumitelné. Předáváním informací zvyšujeme u pacienta jeho sebehodnotu a stavíme ho do role partnera, který s námi spolupracuje, protože nemoci rozumí. (14)

4.2 Edukace pacienta a jeho rodiny

Pacient by měl vědět, že bude potřebovat dlouhodobě, ne-li celoživotně, psychiatrickou péči. Je vhodné přesvědčit ho, aby si nechal poradit s výběrem psychiatra, kterému bude plně důvěřovat a bez problému s ním spolupracovat. Jedna z částí edukace je zaměřená na užívání léků. Pacient se seznamuje s žádoucími i nežádoucími účinky neuroleptik. Další část je zaměřená na prevenci užívání jakékoliv drogy, která může vyvolat počátek nové psychotické epizody. V neposlední řadě je edukační proces zaměřen na informovanost žen o rizikových událostech v jejich životě, jako jsou těhotenství, porod, poporodní období. Pacienti jsou seznámeni se základními psychohygienickými opatřeními.

Přibližně 65% pacientů se vrací po propuštění zpět do původní rodiny. Rodina představuje podpůrný systém, poskytující zájem a oporu. Přítomnost nebo absence rodiny

formuje člověka od narození. V psychiatrii je velmi důležitá spolupráce rodiny, neboť je zdrojem důležitých informací pro diagnostiku a léčbu duševního onemocnění. Na začátku léčebného procesu se blízcí nacházejí ve značné nejistotě, protože nevědí, co bude dál.
(13)

Cílem rodinné edukace je vysvětlit příbuzným, co prožívá člověk se schizofrenií, jak mu lze pomoci. Snižováním množství relapsů pravděpodobně lze předcházet některým patofyziologickým procesům v centrální nervové soustavě, které vedou ke zhoršení klinického stavu. Tyto nežádoucí procesy totiž prohlubují deficit v sociální oblasti. Psychoedukační programy zabývající se monitorováním časných varovných příznaků dokáží snížit míru relapsy onemocnění. Okolo 60% pacientů je schopno udržet si náhled na své onemocnění až do posledního dne před plným propuknutím nové ataky.

Program ITAREPS (Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia) se zabývá rychlým a cíleným rozpoznáním časných varovných příznaků relapsu psychotického onemocnění. Využívá moderní komunikační a informační technologie. Umožňuje včasnou intervenci v počátečních stádiích relapsu choroby. Účastníky projektu je pacient, spolu s vybraným rodinným příslušníkem a ošetřující ambulantní psychiatr. Tento program umožňuje dlouhodobé sledování zdravotního stavu nemocného se závažným psychiatrickým onemocněním s využitím technologií 21. století. Pacient a rodinný příslušník jsou pravidelně v kontaktu se svým psychiatrem. Podávají mu průběžně zprávu o svém zdravotním stavu v podobě vyplněného desetibodového dotazníku, zaměřeného na časné varovné příznaky. Každý týden nemocný a jeho blízký vyplní tento dotazník a odešle výsledek v podobě SMS zprávy. V případě, zhoršení stavu, tento systém automaticky upozorní ošetřujícího psychiatra, aby pacienta zkontaktoval a upravil mu léčbu. Program byl vyvinut odborníky z Psychiatrického centra Praha pod záštitou Academia Medica Pragensis s.r.o. Sponzorem celého projektu je firma Eli Lilly Česká republika. (29)

Program pro dobré zdraví (PPDZ) - program podporující zdravý životní styl. Cílem je zlepšení celkového životního stylu a zdravotního stavu pacientů, kteří trpí schizofrenním onemocněním. Program zahrnuje deset ambulantních hodinových setkání, které jsou vedené zkušenými všeobecnými sestrami nebo psychology. Na setkáních se pacienti informují o zdravém životním stylu, zdravé stravě a o významu fyzické aktivity pro zdravý život. Tyto poznatky se učí praktikovat v běžném životě. Pacienti si vyměňují zkušenosti, učí se komunikovat, navazují vztahy. Program PPDZ získal v roce 2009 Národní psychiatrickou cenu profesora Vladimíra Vondráčka za přínos v péči o tělesné zdraví

psychiatrických pacientů. Kontaktním místem v západočeském kraji je Regionální institut duševního zdraví v Plzni (RIDZ). (29)

Program PREDUKA byl sestaven českými a slovenskými psychiatry. Jde o jednorázový jednodenní preventivně-edukační program pro pacienty s onemocněním schizofrenie a jejich příbuzné. Cílem programu je poskytnout pacientům a jejich blízkým informace o podstatě schizofrenie. Program trvá 6 hodin. Informace jsou zacíleny na vysvětlení podstaty relapsů, důležitosti zachycení časných varovných příznaků, významu antipsychotické léčby a důležitosti správné a nestresující komunikace v rodině. Program PREDUKA získal v roce 2007 Národní psychiatrickou cenu profesora Vladimíra Vondráčka za nejlepší práci v kategorii praktická aplikace. (29)

Projekt Cesta: program pro lepší spolupráci při léčbě. Psychiatrické sekci ČAS vytvořila v roce 2010 psychoedukační metodiku pro psychiatrické sestry. Metodika obsahuje obecná doporučení, jak komunikovat s pacientem, abychom ho získali ke spolupráci a podpořili ho v přijímání správných a informovaných rozhodnutí. Součástí metodiky jsou praktické techniky a didaktické pomůcky umožňující interaktivní vedení edukace. Tento program byl v roce 2011 oceněn národní psychiatrickou cenou profesora Vladimíra Vondráčka za nejlepší práci na téma „Schizofrenie, výzkum, léčba a resocializace“ v kategorii praktické aplikace. Cílem metodiky je navázání vztahu s pacientem. Vytvoření příjemné atmosféry, zhodnocení schopností a ochoty pacienta k edukaci a zjištění úrovně jeho informovanosti. (28)

4.3 Informovanost veřejnosti - stigmatizace onemocnění

Společnost má tendenci duševně nemocné izolovat. Tito lidé jsou považováni za nevypočitatelné, neschopné a potencionálně nebezpečné, pro které je nejlepší dlouhodobá ústavní péče. Lidé se duševní nemoci bojí, protože je dle názoru společnosti jiná než ostatní nemoci. Nese s sebou cejch – stigma, které vychází z předsudků. Pacienti raději vidí ve svých příznacích slabost, nedostatek síly nebo spiknutí, než aby si připustili, že jsou duševně nemocní. Pacienti odmítají přijmout tento fakt, nechtějí být předmětem obav, soucitu a diskriminace od ostatních lidí. Stigma duševní nemoci vede k posílení příznaků a škod, které schizofrenie způsobuje. Pacienti ztrácejí sebedůvěru, stávají se vyhubými a opatrnými v komunikaci. Mají strach, který je zdrojem psychické zátěže. (14)

Schizofrenie je základní choroba. Pacienti s tímto onemocněním bývají často vystaveni stresovým situacím, které zhoršují průběh choroby. Jsou výrazně zranitelnější. Jejich blízcí

mnohdy nevědí, jak se k nim mají chovat. Na schizofreniky je často nahlíženo jako na nebezpečné lidi, blízcí se od nich odvracejí, z důvodu, že stigma mnohdy padá na celou rodinu. Mnozí lidé mají představu, že se jedná o záležitost typu Dr. Jekyll a Mr. Hyde. O všech sériových vrazích a brutálních zabijácích se v mediích říká, že trpí schizofrenií. To činí nemoc ještě horší pro lidi, kteří s ní žijí.

Čím více budou rodinní příslušníci i veřejnost pravdivě informováni o schizofrenii, tím spíše bude možné pacientům pomoci a zbraňovat tak jejich stigmatizování. (15)

Světová psychiatrická asociace (WPA) považuje problém labelingu (nálepkování) za závažný. Vyhlásila program, jehož cílem je potírání diskriminace, posílení autonomie nemocného a jeho práva spolurozhodovat o sobě samotném. WPA si klade za úkol informovat nejen pacienty a veřejnost, ale především veřejné činitele a politiky, že toto onemocnění je léčitelné a není zdaleka tak nebezpečné, jak se mnozí domnívají. Destigmatizace není jenom ve změně postojů, ale i v legislativních opatřeních. Napomáhá jí poskytování péče mimo lůžková zařízení, ve stacionářích, krizových centrech a střediscích, které pacientům pomáhají bránit skluzu v sociálních dovednostech. Úkolem společnosti je pomáhat pacientům v boji, který s chorobou vedou, o zachování své osobnosti a kvality života. (6)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 OBECNÁ ČÁST

PSYCHODYNAMICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ – MODEL

H. E. PEPLAU

Ošetrovatelský model H. E. Peplau patří mezi interakční modely zaměřující se na vztahy mezi lidmi. Zjišťuje sociální problémy v mezilidských vztazích a určuje postupy vedoucí ke zlepšení vzájemných vztahů

5.1 Autobiografie Hildegard E. Peplau

H. E. Peplau (portrét viz příloha č. 1) se narodila 19. 9. 1909 ve městě Riading v Pensylvánii jako druhá dcera emigrantů Gustava a Ottylie Peplau. Pocházela z šesti dětí, měla dvě sestry a tři bratry. V roce 1918 byla svědkem ničivé epidemie chřipky. Tato děsivá zkušenost výrazně ovlivnila její život. Po absolvování Pottstown Pennsylvania Shool of Nursing v roce 1931 pracovala jako hlavní sestra na operačním sále v Pottstown Hospital a vedoucí ošetrovatelství v Bennington Hospital. V roce 1943 dosáhla bakalářské vzdělání v oblasti interpersonální psychologie na Bennington College ve Vermontu. (19)

Během druhé světové války pracovala jako členka armádního sesterského oddílu v neuropsychiatrické nemocnici v Anglii. Zde se setkala a spolupracovala s velkými osobnostmi britské a americké psychiatrie Erichem Frommem, Freidou Fromm- Riechman a Harrym Stack Sullivanem. Po válce H. Peplau s těmito renomovanými psychiatri spolupracovala na přetváření „Systému duševního zdraví“ ve Spojených státech. (19, 21)

Celoživotní práce H. E. Peplau byla spojena se Sullivenovou interpersonální teorií. Snažila se tuto teorii zavést do praxe. V roce 1947 ukončila magisterské vzdělání v psychiatrickém ošetrovatelství na Teachers College, Columbia University v New Yorku, kde také později vyučovala psychiatrické ošetrovatelství. H. E. Peplau prosazovala další vzdělávání sester, které by poskytovalo pacientům adekvátní péči, než jak tomu bylo dříve v psychiatrických léčebnách. V letech 1950 až 1960 přednášela a organizovala workshopy pro zdravotní sestry ve státních psychiatrických nemocnicích po celých Spojených státech, v Kanadě, Africe a Jižní Americe. Učila sestry používat jednotlivé techniky rozhovorů, poznávat a vytvářet mezilidské vztahy, základům individuální, skupinové a rodinné terapie. (21)

H. E. Peplau byla uznávanou poradkyní Světové zdravotnické organizace a hostující profesorkou na univerzitách v Latinské Americe, Belgii a Africe. Propagovala výzkum v ošetrovatelství a postgraduální vzdělávání sester.

V letech 1969 až 1974 byla prezidentkou a později více prezidentkou ANA (American Nursing Association) a členkou Americké ošetrovatelské akademie. Založila a vydávala časopis „Properties in Psychiatric Care“.

V roce 1974 byla penzionována. Po odchodu do důchodu působila v roce 1975 až 1976 jako hostující profesorka na univerzitě v Lovani v Belgii. Tam založila první postbakalářský ošetrovatelský program v Evropě. (19, 21)

V roce 1952 publikovala H. Peplau knihu „Interpersonal Relations in Nursing“ (Interpersonální vztahy v ošetrovatelství). Tato kniha byla dokončena již v roce 1948, přesto byla vydána až o čtyři roky později. V té době bylo společensky nepřístupné, aby všeobecná sestra vydala sama odbornou knihu, bez spoluautorství lékaře. V této knize H. Peplau popisuje nutnost transformace ošetrovatelství. Ošetrovatelství definuje jako interpersonální proces, jež zahrnuje interakci mezi dvěma či více jednotlivci a společným cílem. V roce 1964 vydala další knihu „Basic principles of patient counselling“ (Základní principy pacientova poradenství). Třetí knihou, která byla vydána v roce 1991, byla „Interpersonal relations in nursing: A Conceptual framework of reference for psychodynamic nursing“ (Interpersonální vztahy v ošetrovatelství: Konceptní rámec psychodynamického ošetrovatelství). (20)

V roce 1990 byla založena cena H. E. Peplau. Cenu dostává sestra, která významně přispěla v průběhu svého života ke zlepšení psychiatrické ošetrovatelské péče prostřednictvím vědecké činnosti a klinické praxe. H. E. Peplau patří k předním světovým teoretickým ošetrovatelství. Americká akademie ošetrovatelství ocenila H. Peplau v roce 1996 jako „Living Legend“. V roce 1997 získala na kongresu ICN v Quadriennale cenu Christiane Reimann, nejvyšší ocenění světového ošetrovatelství. Toto ocenění je udělováno za významný přínos v ošetrovatelství jednou za čtyři roky. V roce 1998 byla Americkou asociací sester uvedena do ANA Hall of Fame (síně slávy). H. Peplau je právem považována za „matku psychiatrického ošetrovatelství“. (21)

17. 3. 1999 zemřela po krátké nemoci ve svém domě v Herman Oaks v Kalifornii. Zemřela v 89 letech.

5.2 Analýza modelu H. E. Peplau

H. Peplau definuje ošetřovatelství jako interpersonální proces, který se zabývá interakcí mezi jednotlivci, kteří mají společný cíl. K interakci dochází mezi sestrou a pacientem. Sestra efektivně využívá zkušenosti, které jsou založeny na vědeckých poznatcích, a současně přebírá několik rolí. Jako pacienta označuje H. Peplau každého člověka, který potřebuje ošetřovatelskou péči. (19)

Během studia psychiatrického ošetřovatelství a sesterské praxe se H. Peplau seznámila s pracemi a ideami význačných psychiatrických osobností. Model H. Peplau je výrazně ovlivněn Sullivanovým modelem mezilidských vztahů a je odrazem psychoanalytického modelu. Harry Stack Sullivan byl jedním z nejvýznamnějších novátorů americké psychiatrie. Žil v roce 1892 až 1949. Dle Sullivana má rozhodující význam pro mentální vývoj člověka mezilidské vztahy v dětství, společenské podmínky a tlaky. Sullivan popsal důležitost pochopení interakce mezi osobou a společností, což se stalo obrovským přínosem nejen pro klinické pracovníky, ale i výzkumníky. (22)

Svůj model H. Peplau vyvíjela postupně. Popisovala struktury interpersonálního procesu a jeho čtyři fáze, zabývající se vztahem sestra–klient. Sestra s pacientem identifikuje problém a navrhne společné řešení. Přístup k řešení může být odlišný. Je ovlivněn osobností nemocného, sestry a osobními zkušenostmi s daným problémem. Každý člověk musí být respektován jako jedinečný biologicko– psychologicko – spirituální – sociální celek. Je třeba si uvědomit, že každý člověk reaguje odlišně. Významný vliv má kultura, prostředí, zvyky a osobní hodnoty. Člověk přináší do interakce určité předpojaté myšlenky, které ovlivňují jeho vnímání. Sestra i pacient při navazování interpersonálního vztahu vzájemně poznávají své role i faktory provázející problém. (23)

Metaparadigmatické koncepte ošetřovatelství vysvětluje H. E. Peplau následovně: osoba je člověk, který žije v nestabilní rovnováze a určitým způsobem se snaží redukovat napětí, které vzniká při neuspokojení jeho potřeb. Zdraví definuje jako symbol, který rozvíjí osobnost ke tvořivosti a kreativité v osobním a společenském životě. Prostředí je okolo člověka a je ve spojitosti s kulturou. Je důležité pro získání zvyků, které vedou ke zdraví. Ošetřovatelství charakterizuje jako významný terapeutický a interpersonální proces, který se váže k ostatním lidským procesům a přispívá ke zdraví. Zahrnuje humanistický vztah mezi pacientem a sestrou, která je připravena rozpoznat problém a poskytnout adekvátní pomoc. Hlavními složkami interpersonálního procesu jsou sestra, pacient, terapeutický vztah, cíl, potřeby, obavy, napětí a frustrace. (23)

5.3 Role sestry dle Hildegardy E. Peplau

H. E. Peplau definovala několik rolí sestry. Sestra v procesu navazování interpersonálního vztahu zaujímá několik rolí. Tyto role se vyznačují určitým druhem chování. Své role sestra mění dle aktuální situace a fáze interpersonálního procesu.

5.3.1 Role neznámé osoby

Roli neznámé osoby sestra zaujímá v případě prvního setkání s pacientem. Sestra přistupuje k pacientovi bez předsudků a plně ho akceptuje. Tato role spadá do úvodní etapy terapeutického vztahu sestra - pacient. Sestra věnuje pozornost každému jedinci i jeho rodině.

Pro pacienta se schizofrenním onemocněním je první kontakt s neznámou osobou obtížný a někdy i nepříjemný. Je velmi důležité přihlížet k jeho osobní citlivosti, proto je nutné, aby počátečné přiblížování bylo pozvolné a nenásilné. Někdy je to velmi obtížné. Sestra má za úkol také koordinovat režim na oddělení, ze kterého může mít pacient v počátečních stádiích tendenci utíkat, protože má strach. Je důležité vyjádřit mu pochopení a posílit jeho přesvědčení vydržet a vysvětlit mu dlouhodobé výhody spolupráce. Je velmi důležité pochválení, byť minimálního pokroku, který pacient udělá. Tato role klade důraz na sestru, aby navázala dobrý psychoterapeutický vztah mezi sestrou a pacientem, který vede ke zlepšení a efektivnímu provádění ošetrovatelské péče. Důležité je navození bezpečné atmosféry. V této fázi je třeba také spolupracovat i s pacientovou rodinou. (24)

5.3.2 Role pomocnice

Sestra klade pacientovi otázky zaměřené na jeho zdravotní problémy a nabízí mu vědecky podložené a předem připravené odpovědi. Sestra pomáhá pacientovi objasňovat nejasnosti. Snaží se mu vysvětlit příčiny jeho zdravotních problémů a základní podstatu léčebného plánu. Sestra je empatická, povzbuzující a edukující. Vše pacientovi srozumitelně vysvětluje a poskytuje mu cenné rady. Tato role představuje pro pacienta základní oporu, poskytuje mu bezpečí, ze kterého může provádět odvážnější kroky. Díky této roli chápe pacient jednotlivé souvislosti, lépe se orientuje v situaci, která se kolem něj děje. (11)

5.3.3 Role učitelky

Je kombinací všech rolí. Sestra vychází ze znalostí pacienta a učí ho novým věcem. V této roli hraje důležitou roli psychoedukace a vedení pacienta. Sestra s ním probírá jeho

léčebné úspěchy i neúspěchy. Vede pacienta k tomu, aby si sám uvědomil drobné úspěchy a tak získával větší samostatnost. (7)

5.3.4 Role vůdce

Představuje demokratický proces. Sestra vede pacienta k aktivnímu plnění svých povinností prostřednictvím vytvořeného vztahu. Sestra pobízí pacienta k odvaze udělat určité kroky, které doposud nebyl schopen učinit. Probírá jeho obavy a pomáhá mu nacvičovat určité sociální dovednosti. Sestra se podílí na objektivním hodnocení jeho duševního stavu a upozorňuje pacienta na to, co by bylo dobré ještě zlepšit. (19)

5.3.5 Role zástupce

Rozsah závisí na míře závislosti (závislý, částečně závislý a nezávislý) a vzájemné závislosti ve vztahu sestra – pacient. Pokud pacient nezvládá určité kroky v léčbě a je zde pravděpodobné riziko kritizování jinými pacienty nebo rodinou, sestra pacienta ochraňuje a vysvětluje s jeho souhlasem proč je tomu tak. Tato role by měla být využívána jen zřídka. Závislost pacienta je dána mírou odvahy vystupovat, vystavovat se a zvládat expozice. Tato role je spojena s rizikem přenosu a protipřenosu ve vztahu sestra – pacient. Proto je velmi důležité, aby sestra při plnění této role znala dobře sama sebe. Součástí ošetrovatelského procesu je i dovednost reagovat na přenosové chování pacienta. (16)

5.3.6 Role poradce

Role poradce je podle H. E. Peplau nejdůležitější v psychiatrickém ošetrovatelství. Sestra během plnění této role adekvátně reaguje na pacientovu potřebu podpory. Sestra pacienta doprovází v jeho rozhodnutích, které si pacient volí sám, ukazuje mu možné cesty. Pacient však rozhodnutí realizuje sám. (19)

5.4 Fáze modelu Hildegardy E. Peplau

Vztah sestra – pacient začíná prvním kontaktem při přijetí, přetrvává přes období intenzivní péče, období rekonvalescence a končí propuštěním pacienta do domácího ošetřování. Terapeutický vztah probíhá ve čtyřech fázích, během kterých sestra zastává různé role (neznámé osoby, pomocnice, učitelky, vůdce, zástupce a poradce).

5.4.1 Orientace

První fáze představuje orientaci. Sestra se poprvé setkává s pacientem. Oba vystupují jako cizí osoby. Je velmi důležité, aby sestra již během zhodnocování situace spolupracovala s pacientem a jeho rodinou. Vzájemně se poznali, objasnili a definovali

jeho problém. Objasnění a definování problému snižuje napětí, obavy a strach pacienta. Sestra pacienta informuje o ošetrovatelských postupech, které by byly vhodné použít k řešení konkrétního problému. Fáze orientace je velmi důležitá, navozuje u pacienta pocit bezpečí. V úvodu této fáze se sestra s pacientem setkávají jako dva úplně cizí lidé a na konci této fáze spolu definují pacientovo problémy. (19)

5.4.2 Identifikace

Na začátku interpersonálního vztahu je nutné, aby si sestra i pacient ujasnili své představy a očekávání. V této fázi se sestra stává osobou, která mu může pomoci. Na identifikovaný problém a návrh způsobu řešení může pacient reagovat několika způsoby. Buď je zcela pasivní a závislý na sestře nebo částečně závislý, aktivně spolupracující nebo zcela nezávislý. Tato fáze je důležitá nejen pro pacienta, ale i pro sestru. Pacient se učí novým strategiím a způsobům chování. Sestra tak získává podrobnou představu o jeho interpersonálním chování. (20)

5.4.3 Využití

Pacient během této fáze začíná mít pod kontrolou svou situaci. Využívá dostupných služeb dle potřeb a možností. Sestra podporuje pacienta v poznávání vlastních pocitů, emocí, myšlenek a chování s cílem maximálního zapojení pacienta do péče o sebe samotného. Hlavní činnost v této fázi provádí pacient. (19)

5.4.4 Ukončení

V této fázi dochází k ukončení terapeutického vztahu sestra – pacient. Potřeby pacienta jsou splněné, sestra se zaměřuje na nové cíle. V průběhu ošetrovatelského procesu sestra sleduje pacientův pokrok. Pokud došlo k odstranění tenze z určité situace, které se pacient již nebojí, je čas pohovořit si s pacientem o dalším cíli, který vede k celkovému zlepšení kvality pacientova života. Součástí této fáze je plánování budoucnosti. Sestra s pacientem plánuje cíle, které chce pacient v budoucnu dosáhnout. Prochází s ním „krabičku první záchrany“, která umožňuje efektivní zvládnutí varovných příznaků onemocnění. Jako do všech výše uvedených fází patří i do této fáze edukace. Sestra s pacientem zohledňuje všechna možná rizika. (19)

5.5 Obsah modelu

Podle H. E. Peplau je ošetrovatelství určitou zkušeností, která umožňuje poznávat jak sebe, tak i ostatní, kteří jsou součástí interpersonálního procesu. Vztah vzniká v období vzájemné interakce. Sestra i pacient se učí a rozvíjí svojí osobnost. Pomocí pozitivní

komunikace a vyváženého vztahu dochází k růstu a vývoji nemocného, přičemž se současně snižuje úzkost. Frustrace, úzkost a neuspokojené potřeby ubírají pacientovi energii a značně ovlivňují jeho chování a jednání. To, jak se pacient staví k řešení svých problémů, vychází z jeho minulých zkušeností, výchovy, kultury a individuální zvláštnosti, které sestra musí nejdříve pochopit a akceptovat. (18)

Jak již bylo uvedeno, model H. E. Peplau vychází ze Sullivanovy teorie. Podle které je chování a jednání pacienta silně motivováno dvěma hnacími silami. Uspokojením a pocitem bezpečí. Jestliže tyto hnací síly nejsou uspokojené, vzniká tenze, která je spojená s potřebami a úzkostí. Tenze spojená s potřebami vzniká tehdy, jestliže potřeby pacienta nejsou uspokojené. Tenze spojené s úzkostí vzniká, pokud pacient nepocituje bezpečí. (19, 21)

Člověk je bio-psycho-sociální jedinec, který je motivován pudem sebezáchovy, reprodukce a růstu. Kromě návyků a osobních zkušeností je jednání pacienta ovlivňováno i tenzemi, které se jedinec snaží redukovat. Tyto činnosti nazvala H. E. Peplau transformací energie. Tenze se velmi často promítají do určitých vzorů lidského chování, do takzvané série dynamizmů, které pacient používá při eliminaci tenzí. Příčinou vyhledávání zdravotnické a ošetrovatelské pomoci jsou problémy z oblasti fyzické, psychologické a sociální. (19)

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍM

6.1 Charakter práce všeobecné sestry na psychiatrickém oddělení

Práce sestry na psychiatrickém oddělení je velmi náročná, avšak velice zajímavá a podnětná. Vzhledem k náročnosti této práce je zde vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření. Aby mu sestra úspěšně předcházela, musí mít reálné očekávání od psychiatrické terapie a psychoterapie. Sestra musí umět stanovit v ošetrovatelském procesu cíle odpovídající duševnímu stavu pacienta a jeho schopnostem. Součástí práce sestry na tomto oddělení je také poradenská činnost. Sestra je neustále v kontaktu s pacienty, pomáhá jim zvládnout jejich momentální duševní stav, ale i životní situace, kterými procházejí. Důležitou roli zaujímá edukace zaměřená na prevenci recidivy onemocnění, spánkovou hygienu, úpravu životního stylu. Aby byla sestra nemocnému nápomocna, musí dokázat najít na jejich obtíže doporučení, vlídné slovo, utišení nebo vysvětlení.

Kontinuální vzdělávání psychiatrické všeobecné sestry v oboru přispívá k lepšímu porozumění pacientům a větší trpělivosti. Práce s těmito pacienty je velmi náročná jak na psychiku, tak i na dovednosti z oblasti komunikace. Získávání informací z oblasti psychiatrie, psychoterapie a psychopatologie přispívá ke zlepšení vztahu sestra – pacient. Součástí projevů duševního onemocnění je manipulativní jednání, lhavost, verbální nebo brachiální agrese či pasivně agresivní chování, nedodržování norem a pravidel společnosti. Vše vyjmenované by nemělo být pro sestru stresorem v komunikaci s pacientem. Pokud si je sestra bude brát osobně, velice brzy se její psychické rezervy vyčerpají a komunikaci s problémovými pacienty nebude zvládat. Sestra sleduje u pacientů stavy nálady, příjem potravy, tekutin, postoj k užívání léků, míru neklidu, sociability, denní aktivity, chování a kvalitu spánku.

Vztah sestra – pacient by měl být spíše partnerský. Velký důraz je zde kladen na motivaci a edukaci pacienta, která ovlivňuje jeho duševní stav, léčbu ale i dodržování režimu oddělení. Při prvním kontaktu si sestra vytváří představu o pacientovi a jeho spolupráci na základě jeho vystupování, neverbálních signálů, ale i jeho verbálního projevu. Na oddělení přicházejí pacienti, kteří při příchodu nejeví o nic zájem, nezamlouvá se jim docházení na aktivity a v projevu jsou apatičtí a negativističtí. Tyto projevy chování jsou způsobeny fází duševního onemocnění, ve které se nacházejí. Deprese, úzkosti, hypobolie, ostražitost nebo polékový útlum mohou být u schizofreniků příčinou negativistického postoje. Jestliže si sestra na základě svých znalostí a zkušeností dokáže uvědomit pravý důvod pacientovo chování, může ke každému pacientovi přistupovat citlivě a bez předsudků.

Sestra na psychiatrickém oddělení by měla disponovat určitou dávkou sebereflexe. Měla by si být vědoma, z jakého důvodu chová k pacientům sympatie a nesympatie. Měla by umět své chování korigovat. Někdy je to však velký problém, zvláště když se do profesionálního vztahu s pacientem vmísí nevědomé mechanismy obrany ze strany sestry. V tomto případě je vhodné podstoupit Balintovu skupinu.

Po příchodu na oddělení sestra provede s pacientem anamnestický rozhovor, při kterém si všímá jeho chování. Nemocného informuje, že je jeho ošetřující sestrou. Na základě anamnestického rozhovoru zformuluje ošetřovatelské problémy pacienta. Po dohodě s pacientem stanoví intervence, vedoucí k uskutečnění cíle ošetřovatelského procesu. K vypracování ošetřovatelského procesu sestra zjišťuje informace o somatickém stavu pacienta. Zajímá se o stav dýchání, srdeční činnosti, kůže, postižení smyslů, alergie, sexualitu, bolesti a mobilitu. Z hlediska psychiatrické péče jsou důležité informace

zabývající se kvalitou nočního spánku, denního spaní, rituálů před spaním a užíváním léků. U psychiatricky nemocných jsou časté poruchy vylučování stolice. Zejména zácpa a to v důsledku vedlejšího účinku léků. Poruchy příjmu potravy a hydratace se vyskytují u paranoidních pacientů, kdy se za odmítáním stravy mohou skrývat poruchy myšlení nebo vnímání – bludy nebo halucinace. Příjem tekutin je nutné zvláště sledovat u utlumených, apatických pacientů. Z oblasti psychické se sleduje stav vědomí, orientace místem, časem, osobou, situací a stav orientace na oddělení. Sestra přizpůsobuje svojí komunikaci pacientovým schopnostem. Hovoří pomalu, jasně a stručně. Nezapomíná na zpětnou vazbu. Psychiatrická sestra se zaměřuje na stav myšlení, vnímání, na případné poruchy řeči, rizika závislosti, na pacientovo chování a emotivní prožívání a charakter komunikace, který ukazuje na momentální duševní rozpoložení. Pro práci s pacientem je důležitý jeho náhled na chorobu, ten může být úplný, částečný anebo vůbec žádný. Sociální anamnéza zjišťuje míru soběstačnosti, druh zaměstnání, vzdělání, plány do budoucna, ekonomické možnosti a bydlení, náboženství, sociální zázemí a vztahy. I po odeznění akutní fáze nemoci může u některých pacientů přetrvávat hypobulie, úzkost a snaha setrvávat v lůžku. Proto je velmi důležité začít s aktivizací a edukací pacienta, co nejdříve, jakmile to jeho nemoc dovolí.

U některých pacientů se schizofrenním onemocněním je snižena schopnost spolupracovat. Na základě získaných informací jsou pacientovi nabídnuty aktivity, které jsou pro něj motivující nebo jsou zaměřené na splnění určitých cílů. Většina chronicky nemocných pacientů vyplňuje volný čas kouřením cigaret, popíjením kávy nebo poleháváním. U těchto pacientů je velice důležitá motivace, dohlížení na docházku na aktivity nebo podpora pacienta, aby se šel projít ven.

7 FORMULACE PROBLÉMU – SPECIÁLNÍ ČÁST

Schizofrenie patří mezi závažné psychotické onemocnění, které pozměňuje myšlení, vnímání, emotivitu. Psychóza postihuje základní funkce sociálního chování a velmi často vede ke změně osobnosti. V časové ose může postihnout i funkce kognitivní. Včasné zavedenou léčbou a psychoterapií můžeme snížit nebo odvrátit následky tohoto onemocnění. Toto onemocnění představuje obrovskou zátěž nejen pro pacienta samotného, ale také pro jeho nejbližší.

8 CÍL PRÁCE

Cílem této práce je shromáždění základních informací o tomto onemocnění. Navázání interpersonálního vztahu u pacientky s paranoidní schizofrenií dle ošetřovatelského modelu H. E. Peplau.

Informace, které jsem získala rozhovorem s pacientkou a analýzou zdravotnické dokumentace použiji k sestavení ošetřovatelského plánu a edukačního plánu pro pacientku a její rodinné příslušníky.

Vypracováním těchto údajů a jejich prezentací bych chtěla přispět ke zlepšení podvědomí zdravotnického personálu o schizofrenním onemocnění.

9 VZOREK

Pro zpracování své práce jsem zvolila pacientku ve věku 25 let s diagnózou paranoidní schizofrenie. Pacientka strávila celkem v psychiatrické léčebně 103 dní. Z toho prvních 29 dní na příjmovém ženském oddělení a 74 dní na psychoterapeutickém oddělení. Sběr informací probíhal soustavně v průběhu necelých 4 měsíců. V práci jsem se snažila zachytit nejpodstatnější problémy, které pacientku v průběhu hospitalizace na psychoterapeutickém oddělení postihly.

10 KAZUISTIKA

Pacientka se narodila jako první dítě v pořadí. Má o čtyři roky mladší sestru. Porod byl v termínu, bez komplikací. Psychomotorický vývoj probíhal bez větších nápadností. V dětství prodělala běžná onemocnění. V rodině ani příbuzenstvu se žádné duševní poruchy neobjevily. Matka je již v důchodu. Užívá nějaké léky, pacientka však nemá představu jaké. Otec zemřel v roce 2012 na karcinom ledvin. Mladší sestra zdráva, žádné léky neužívá. Pacientka žije s matkou a mladší sestrou v rodinném domku. Vztah s matkou a sestrou hodnotí jako problémový, nerozumí si.

Mateřskou školu začala navštěvovat ve čtyřech letech. Rodiče věnovali oběma dcerám dostatek času a pozornosti. Pacientka již od dětství brala svojí mladší sestru jako konkurenci, obviňovala jí, že chce mít vždy vůdčí roli a že jí matka věnuje více pozornosti. Cítila se v roli outsidera. Matka na dcery byla přísná. Motivovala je k různým koníčkům a činnostem. Jako dítě nebyla průbojná, držela se vždy „zpátky“, nedovedla matce nikdy říci, co potřebuje, co cítí. Jedinou oporou jí byla babička, díky ní vzpomíná na dětství

v dobrém. Babičce se často svěřovala se svými trápeními. Ve škole se učila velmi dobře. Díky dobrým výsledkům se stávala často terčem posměchu. Spolužáci jí nadávali, že je šprt. Neměla žádné kamarádky. Nesla to velmi těžce, byla lítostivá a často plakala. Po základní škole nastoupila na gymnázium. Učení jí bavilo, měla výborný prospěch. Se spolužáky se moc nepřátelila, byla samotářská, uzavřená do sebe. Po ukončení gymnázia začala studovat vysokou školu s ekonomickým zaměřením. Tuto školu již nedokončila. „*Vykašlala jsem se na to*“. Stále více se uzavírala do sebe. Rodičům začaly být změny v chování nápadné. Nabízeli jí pomoc, setkali se však s odmítnutím. Pacientka nedokázala říci, jak a co cítí, přestala si rozumět. Začaly se u ní objevovat poruchy paměti, nemohla se na nic soustředit. V noci nemohla spát, potulovala se po městě, byla vystrašená, úzkostná. Byla přesvědčená, že jí nikdo unesl její dvě domnělé děti. Rodičům se jí podařilo přemluvit k návštěvě ambulantního psychiatra, který jí předepsal lék Prozac. Stav se postupně stabilizoval. Bludná produkce ustupovala. Začala se zase cítit lépe, více odpočatá. Matka zpočátku chodila s pacientkou na kontroly k ambulantnímu psychiatrovi a dohlížela na užívání léků. Později přestala, myslela si, že její dcera má vše pod kontrolou. Vždyť si sama našla nové zaměstnání. Pracovala jako administrativní síla na 4 hodiny denně. Práce jí zpočátku bavila, dařilo se jí. Přestala užívat předepsané léky, cítila se zdráva, neměla žádné potíže. Doma o nemoci nikdy nehovořily. Později začalo zaměstnání klientku vyčerpávat, cítila se stále více unavená. Začala být konfliktní. Trpěla pocity, že nic nezvládne, nic nedokáže. Byla úzkostná, obviňoval se z hrozných činů. V únoru 2011 byla hospitalizována na psychiatrické klinice po automutilaci z psychotické motivace, kdy si pořezala malé stydké pysky. Pořezala se za trest, cítila se drzá a vyzývavá. Během hospitalizace byla hypomanická, považovala se za bohyni, osahávala mužský i ženský personál. Bylo provedeno psychologické vyšetření. Během hospitalizace užívala Zyprexu 15 mg. Pacientka byla v dubnu 2011 propuštěna do domácího prostředí. Pravidelně docházela k ambulantnímu psychiatrovi. Její stav byl stabilizován. Našla si brigádu, začala docházet na lekce anglického jazyka. V červnu 2012 pacientce zemřel otec na karcinom ledvin. Se smrtí otce se nemohla vyrovnat, vždy k němu měla blíže než k matce. Opět se začala uzavírat do sebe, přestala chodit na brigádu. Polehávala, odmítala pomáhat matce s domácími pracemi. Měla pocit, že matka se se sestrou proti ní spikly. Přestala užívat léky. V říjnu 2012 byla přijata k hospitalizaci do léčebny na doporučení ambulantní psychiatričky pro dekompenzaci psychického stavu. Do léčebny byla přivedena matkou po té, co začala mluvit z cesty, měla absurdní přesvědčení, že musí odjet za princem Viliamem. Začala utrácet všechny peníze. Běhala po městě a obtěžovala kolem jdoucí

muže. Nabízela jim orální sex. Měla představu, že jen tak se může očistit od hrozných věcí, které udělala.

10.1 Vyšetření celkového stavu při přijetí

Pacientka při příjmu vigilní, lucidní. Orientována správně všemi kvalitami. Kontakt nenavazuje příliš ochotně. Položeným otázkám rozumí, odpovídá přiléhavě. Vystupování je slušné s určitými znaky anxiety a tenze. Afektivně labilní, lakrimuje při zmínce o otci. Nálada je pokleslá. Paranoidně nastavená vůči rodině. V myšlení dominuje bludná produkce se sexuálním zaměřením. Myšlení je rozvolněné. Bez psychomotorického neklidu, bez auto či heteroagresivních tendencí. Suicidiální myšlenky neudává. Bez známek intoxikace či odvykacího stavu.

Pacientka je drobné konstituce, mobilní. Hlava pokleповě nebolestivá, jazyk pláží středem, polykání je neporušeno. Uši bez patologické sekrece, nos čistý bez sekrece, oči – spojivky narůžovělé, zornice izokorické, reagující na osvit. Náplň krčních žil nezvýšená. Krční uzliny nezvětšeny. Hrudník symetrický, dýchání čisté bez kašle. Břicho v úrovni hrudníku, palpačně měkké, nebolestivé. Končetiny bez otoků, varixů a deformit. Pulsace na obou DK symetrická, hmatná na periférii. Přiměřený svalový tonus, normální svalová síla. Hybnost v kloubech volná.

Fyziologické funkce:

Krevní tlak 135/80 mm/Hg

Puls – 80'

Tělesná teplota měřená v axile – 36,9°C

Dechová frekvence – 18'

Váha – 65 kg

Výška 172 cm

BMI - 22

Kompenzační pomůcky: dioptrické brýle, pacientka špatně vidí na blízko. Brýle používá na čtení.

Léky dle ordinace lékaře v průběhu hospitalizace na psychoterapeutickém oddělení.

Seroquel prolog 400 mg	0-0-0-2 tbl
Abilify 15 mg	1-0-0 tbl
Citalon 20 mg	1-0-0 tbl
Fluanxol depot 2ml	1 amp. i.m. á 4 týdny
Při vystupňované tenzi	Rivotril 0.5 mg 1 tbl per os
Při nespavosti	Stilnox 1 tbl per os

10.2 Měření dle škál

10.2.1 Na začátku pobytu na psychoterapeutickém oddělení

Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu dle Gainda) - 7 bodů, nejedná se o zmatenost

Test instrumentálních všedních činností (IADL) – 45 bodů, částečně závislá

Stupnice hodnocení psychického zdraví (Sabate, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993) – 8 bodů, 6 bodů a více svědčí pro poruchu psychického zdraví

Folsteinův test kognitivních funkcí (MMS, modifikace Topinková, E., Neklanová, A., 1993) – 22 bodů, lehká porucha

Škála deprese pro geriatrické pacienty (podle Sheik, J.I., Yesavage, J.A.: Clin. Gerontol., 5, 1986) – 13 bodů, manifestní deprese vyžadující odborné vyšetření

Barthelův test základních všedních činností (ADL) – 100 bodů, nezávislá

Nutriční screening – BMI 22, vyhodnocení nepotvrdilo problém s příjmem potravy

Screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 3 body, bez rizika

Riziko sebevražedného jednání – 13 bodů, střední riziko

Riziko agrese – 0 bodů, nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodin

10.2.2 Na konci pobytu na psychoterapeutickém oddělení

Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu dle Gajda) - 9 bodů, nejedná se o zmatenost

Test instrumentálních všedních činností (IADL) – 60 bodů, částečně závislá

Stupnice hodnocení psychického zdraví (Sabate, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993) – 6 bodů, 6 bodů a více svědčí pro poruchu psychického zdraví

Folsteinův test kognitivních funkcí (MMS, modifikace Topinková, E., Neklanová, A., 1993) – 27 bodů, bez poruchy

Škála deprese pro geriatrické pacienty (podle Sheik, J.I., Yesavage, J.A.: Clin. Gerontol., 5, 1986) – 9 bodů, mírná deprese

Barthelův test základních všedních činností (ADL) – 100 bodů, nezávislá

Nutriční screening – BMI 24, vyhodnocení nepotvrdilo problém s příjmem potravy, pacientka během pobytu přibrala na váze

Screening pro určení zvýšeného rizika pádu – 2 body, bez rizika

Riziko sebevražedného jednání – 7 bodů, nízké riziko

Riziko agrese – 0 bodů, nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodin

10.3 Průběh hospitalizace

Pacientka byla přivedena matkou na doporučení ambulantního psychiatra na příjmové ženské oddělení pro dekompenzaci psychického stavu. Při příjmu dominovalo paranoidní ladění, obviňovala rodinu ze spiknutí. Odmítala komunikovat a spolupracovat. V myšlení byly patrné bludné obsahy se sexuálním zaměřením. Nabízela mužům orální sex, protože jí to pomáhalo od všeho špatného. Po aplikaci antipsychotik – haloperidolu se její stav výrazně zlepšil, došlo k postupné stabilizaci psychózy. Zpočátku nechtěla s rodinou vůbec komunikovat a prostředníkem jejich kontaktu byla sestra na příjmovém oddělení. Později sama připouštěla, že se v ní hromadilo několik pocitů v jednom okamžiku. Měla strach ze spiknutí matky se sestrou. Cítila zlost, že jí odvezly do léčebny obavy z neznámého prostředí a cizích lidí. Po stabilizaci stavu a získání určitého náhledu na své chování byla pacientka přeložena na psychoterapeutické oddělení. Na příjmovém oddělení strávila 4 týdny.

První fázi ošetrovatelského modelu H. E. Peplau je orientace. Tato fáze začíná příchodem pacientky na oddělení, které pro ni představuje neznámé prostředí. Sestra na oddělení se poprvé setkává s pacientkou a jejím doprovodem, jako naprosto neznámé osoby. Sestra v této fázi plní roli neznámé osoby. Sestra přistupuje k pacientce bez

předsudků a plně akceptuje její problémy. V této fázi je velmi důležité, aby sestra přihlížela k jeho osobní citlivosti a navodila bezpečnou atmosféru. Počátečné sblížení musí být nenásilné. Tato fáze je spojena s úvodní etapou terapeutického vztahu sestry s pacientkou. Pacientka se dostavila na psychoterapeutické oddělení v doprovodu své matky a sestry z příjmového oddělení. Po příchodu na oddělení a vzájemném představení si sestra převzala potřebné dokumenty od sestry z příjmového oddělení. Matce předala potřebné informace ohledně doby návštěv, telefonním kontaktu na oddělení a jména ošetřujícího lékaře. Matka se s pacientkou rozloučila a odešla. Po odchodu matky působila pacientka vystrašeně a nejistě. Neustále se rozhlížela po místnosti. Byla bledá, roztěkaná. Na sestřinu otázku, zda se je vše v pořádku, přiznala, že se cítí unavená a nervózní z nového prostředí. Sestra jí posadila do křesla a vlídným způsobem vysvětlila potřebu doplnění ošetřovatelské dokumentace o anamnestické údaje.

Sestra v průběhu fáze orientace pozvolna přešla z role neznámé osoby do role pomocnice, která pacientce pomáhá objasňovat nejasnosti, snaží se jí vysvětlit možné příčiny jejich zdravotních problémů. Tato role umožňuje sestře poskytnout pacientce základní oporu a ochranný prostor, z kterého může činit stále odvážnější kroky. Sestra klade pacientce konkrétní otázky a nabízí fundované odpovědi.

Pacientce byly pokládány otázky, zaměřené na doplnění anamnestických údajů. Pacientka byla přesvědčená, o tom, že žádné zdravotní potíže nemá. Nikdy vážně somaticky nestonala. Poslední dobou však nebyla ve své kůži, cítila se unavená, vyčerpaná. Neměla sílu ráno vstát z postele, vše jí trvalo strašně dlouho. Mrzelo ji, že matka nemohla pochopit, že to nedělá úmyslně. Vyčítala jí, že je líná a nechce pomáhat. Nechtěla se vyhýbat domácím pracím, ale nezvládala je. Únava jí bránila provádět každodenní fyzické aktivity. Jejím největším přáním je moci cestovat, poznávat nové země. Dříve ráda plavala a hrála s otcem tenis. Později přestala, měla pocit, že jí všichni sledují, tak raději zůstávala doma. Svě tělo vnímala zkresleně. I přesto, že pacientka byla hubené sportovní postavy, nepřipadala si krásná, podceňovala se. Byla spíše samotářská, díky pocitu pronásledování se vyhýbala okolí. Ve společnosti se necítila dobře. Nad jídlem nikdy nepřemýšlela, co je zdravé a co ne. Nebyla nikdy vybíravá, snědla téměř všechno. Nikdy nevařila, doma vařila matka, která se vždy starala, aby jedla zdravě. Alkohol nikdy nepila a ani nezkusila. Chutná jí rozpustná káva. Během dne vypila i několik hrníčků. Měla pocit, že káva jí pomáhá a povzbuzuje. Množství tekutin si musela hlídat, neměla potřebu pít jiné tekutiny než kávu. Matka jí vždy nutila, aby vypila alespoň 2 litry tekutin přes den. Problémy s vylučováním nikdy neměla. Na stolicí chodila pravidelně každý den. Poslední dobou byla

více spavá přes den. V noci nemohla usnout, byla zvýšeně úzkostná. Prášky na spaní nikdy neužívala. Pomáhalo jí čtení nebo sledování televize, při které většinou pozdě v noci usínala. Bolest nyní neudávala. Měla strach z bolesti. Již od dětství se bála injekcí. Při odběru krve omdlávala. Pacientka měla již od dětství dioptrické brýle na čtení. Potíže se sluchem neměla, slyšela dobře. Psychomotorické tempo bylo zpomalené, na otázky odpovídala se zpožděním. Komunikace byla i přes snahu pacientky vyhovět velice obtížná. Převládala úzkostlivá nálada a podezíravost. Pacientka měla velmi nízké sebehodnocení. Nevěřila, že by mohla něco dokázat, připadala si zbytečná. Měla pocit, že se musí všem vyhovět, aby se alespoň trochu cítila užitečná. Pacientka je inteligentní, uvědomovala si, že se poslední dobou nechovala adekvátně. Sociální situace byla u pacientky dobrá, žila s matkou a sestrou v rodinném domku. Pacientka neměla pocit nedostatku peněz, téměř vše poslední dobou financovala matka. Právě to viděla pacientka jako velký problém, nechtěla být na matce závislá. Chtěla si najít práci a samostatné bydlení. Osamostatnit se tak od vlivu matky. S matkou nikdy neměla dobrý vztah, nerozuměly si. Blíže měla k otci a babičce. Se sestrou neměla také ideální vztah. Sestra se více povahově podobala matce, ona byla spíše po otci. Dlouhodobého přítele nikdy neměla. Její vztahy vždy ztroskotaly na její uzavřenosti a stranění se společnosti. Vztah k sexu byl kladný. Na otázku, proč nabízela orální sex neznámým mužům, odpovídala, že nemohla jinak. Něco jí nutilo, aby to dělala. Uvědomovala si, že to není správné. Stres na ní nepůsobil dobře. Se stále se zvyšujícím stresem se prohlubovala její sociální izolace.

Po doplnění potřebných anamnestických informací nabídla sestra pacientce pokračování v rozhovoru a plánování ošetrovatelské péče až si trochu odpočine. Pacientka souhlasila, sestra jí odvedla na pokoj a ukázala jí její skříňku na osobní věci a lůžko. Později odpoledne sama pacientka vyhledala sestru. Komunikovala pouze se sestrou, s ostatním zdravotnickým personálem a spolubydlícími odmítala. Sestra pacientku seznámila s režimem, chodem oddělení a jednotlivými aktivitami na oddělení. Po společné prohlídce oddělení dostala pacientka prostor na kladení otázek. Žádné dotazy neměla. Sestra se zeptala, zda souhlasí s naplánovanými denními aktivitami, či nemá nějaké připomínky. Pacientka souhlasila. Sestra jí upozornila, že kdykoliv bude potřebovat si popovídat nebo pokud jí nebude něco jasné, že za ní může kdykoliv přijít. Ve fázi orientace, kdy pacientka již netápala ve zcela pro ni neznámém prostředí, se snížilo napětí, obavy a strach z neznáma. Sama vyjádřila důvěru v sestru, která se jí věnovala. Při pozvolném plánování následné ošetrovatelské péče a rozebíráním problémů se sestra

a pacientka přesunuly do druhé fáze navazování interpersonálního vztahu a to fáze identifikace.

V této fázi sestra plnila jak roli učitelky, tak i roli vůdce. Postupně při plánování analyzování problémů sestra zjišťovala jaké znalosti a vědomosti má pacientka o svém onemocnění a jak vnímá svoje onemocnění. Sestra při rozhovoru zjistila, že pacientka má velmi malé informace o svém onemocnění i přesto, že pacientka i její matka prošla v minulosti edukační skupinou, která byla zaměřená na získání znalostí o schizofrenii. V průběhu této fáze si sestra s pacientkou ujasnila vzájemné představy a očekávání. Pacientka zpočátku byla v projevu naléhavější, měla potřebu vše sdělit najednou. Připouštěla bludnou produkci, která ovlivňovala její chování. Kriticky hodnotila své chování v minulosti. Sdělovala, že má sklon dělat unáhlené závěry, které jí komplikují život. Poslední dobou se cítila značně unavená, nevyspalá, nemohla usnout. Cítila strach, že se všichni proti ní spolčili. Stranila se ostatním, přestala postupně komunikovat s okolím. Cítila se v roli outsidera. Sestra pacientku postupně seznamovala s plánem ošetrovatelské péče, který byl zaměřen na úpravu myšlení, získání náhledu na své onemocnění, postupné začleňování a nácviku komunikace s ostatními nemocnými a rodinou. Sestra pacientku seznámila se základními technikami relaxování a nutností stanovení si a dodržování pevného denního řádu. Během této fáze začala pacientka postupně vnímat sestru nejen jako osobu, která jí zodpoví položené otázky, ale jako někoho, kdo jí rozumí a může v mnohém pomoci. Po ukončení této fáze vznikl mezi klientkou a sestrou vztah, který byl založen na vzájemné důvěře.

V třetí fázi využití se pacientka stala postupně plnohodnotnou součástí prostředí, pečující o svůj duševní stav. V této fázi setra plní roli poradce, kdy sestra adekvátně reaguje na potřeby pacientky. Sestra během této fáze pacientku doprovázela v jejím rozhodnutí. Na základě externí pomoci, kdy jí sestra nechala samostatně rozhodovat o dalších krocích, získala pacientka plnou kontrolu nad svou situací. Zpočátku jí dělalo největší problém zúčastnit se společných aktivit na oddělení, hovořit o svých problémech před více lidmi. Měla problém jim důvěřovat, měla strach, že se jí budou smát. Zpočátku pouze poslouchala vyprávění ostatních, poposedávala opodál se sklopenou hlavou. Po opakovaném a nenásilném pobízení ze strany sestry, při kterém sestra plnila roli zástupce, si přisedla ke skupince pacientů se stejným problémem a rozhovořila se. Sestra jí neustále sledovala a průběžně chválila její pokroky v komunikaci s ostatními pacienty. Po vzájemné dohodě, kdy sestra plnila roli poradce, byly další aktivity zaměřené na edukaci o varovných příznacích. Sestra s pacientkou rozebírala možné varovné příznaky, kterých

by si měla všimnout. Během fáze využití kladla sestra na pacientku stále více požadavků, než tomu bylo doposud, ve smyslu stanovení nového cíle (navrácení se zpět do původního prostředí). Po dvou měsících pobytu na psychiatrii dostala pacientka první víkendovou propustku. Cílem této terapeutické dovolenky bylo zjištění, zda je schopna návratu do domácího prostředí. Před odjezdem na dovolenku vyjadřovala pacientka obavu ze zvládnutí situace doma. Měla strach, že se zase pohádají s matkou. Sestra s pacientkou nacvičovala možné reagování na matčiny výtky. Během této fáze sestra nemocnou neustále povzbuzovala v poznávání sebe sama, vyjadřování svých pocitů a myšlenek. Po návratu z dovolenky pacientka hovořila o jejím průběhu. Během terapeutické dovolenky si uvědomila, že dlouhodobě neoprávněně podezírala svojí sestru z vůdčí role a ze spiknutí se proti ní. Se sestrou si vše vyjasnily. Mrzelo ji, že matka bere zlepšení jejího psychického stavu jako samozřejmost.

Pacientka se postupně stávala aktivnější a iniciativnější v plánování své budoucnosti. Během terapeutických dovolenek si uvědomila, že navrácení se zpět k rodině nebude pro ní snadný. Mezi ní a matkou byly napjaté vztahy. Chtěla zkusit žít nikde jinde, kde by jí chápali a vnímali. Na doporučení sestry se pacientka setkala s terapeutem z chráněného bydlení Ledovce, který jí po několika sezeních nabídl možnost bydlení a docházení do chráněných dílen. Pacientka projevila o jejich službě vážný zájem, chtěla se osamostatnit od rodiny a stát se tak nezávislou na péči matky.

V této fázi sestra plnila nejen roli poradce, ale i vůdce. Role vůdce v této fázi spočívala v povzbuzování pacientky a dohledem nad jejími aktivitami. Sestra pacientku neustále pobízela k stále odvážnějším krokům. Jejich vzájemný vztah směřoval k poslední fázi ošetřovatelského modelu a tou byla fáze rezoluce, kdy pacientka postupně uvolňovala svou identifikaci se sestrou. Během této poslední fáze, kdy sestra plnila roli poradce, plánovala s pacientkou cíle, které byly spojené s budoucností. Procházela s pacientkou takzvanou krabičku první záchrany, která umožňuje efektivní zvládnutí varovných příznaků onemocnění. K definitivní rezoluci došlo v okamžiku propuštění pacientky v lednu 2013 po téměř třech měsících hospitalizace do chráněného bydlení Ledovec. Potřeby pacientky tak byly naplněny.

10.4 Ošetrovatelský plán

Sestavení ošetrovatelského plánu bylo provedeno na základě získaných informací. Použitím NANDA taxonomie dle knihy Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách autorky Jany Marečkové byly stanoveny diagnózy, aktuální, potenciální. Současně byl navržen cíl ošetrovatelské péče a intervence, kterými dosáhneme stanoveného cíle.

10.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Dg. 00130 Porušené myšlení související s onemocněním schizofrenního okruhu projevující se:

objektivně zvýšenou ostražitostí, těkavostí, nesoustředěností
subjektivně verbalizací vnitřního napětí.

Očekávaný výsledek: U pacientky dojde k obnovení a udržení obvyklé úrovně myšlení do 3 týdnů.

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti klidné a bezpečné prostředí pacientky
- sleduj rozsah poruchy myšlení
- pobízej pacientku ve vyjadřování svých emocí
- zajisti dohled na užívání léků
- aplikuj dle ordinace lékaře léky, sleduj jejich účinek

Dg. 00051 Zhoršená verbální komunikace související s psychózou projevující se:
objektivně rychlou a hlasitou řečí

subjektivně verbalizací snížené schopností vyjádřit se

Očekávaný výsledek: pacientka vyjadřuje potřeby podle svých verbálních i neverbálních schopností do 7 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

- eliminuj rušivé podněty z prostředí
- ponech pacientce čas a klid na vyjádření
- užívej krátké a jednoduché věty
- přístupuj k pacientce klidně a vlídně
- mluv klidně, přiměřeným tonem hlasu

nezapomínej nezpětnou vazbu
využívej všech prostředků komunikace
veď záznam v dokumentaci

Dg. 00096 Spánková deprivace související s akutní psychózou projevující se:

objektivně unaveným výrazem, kruhy pod očima
subjektivně verbalizací únavy, malátností, a pocitem nevyspání

Očekávaný výsledek: pacientka bude mít do 2 dnů navozené zklidnění a zlepšený spánek

Ošetrovatelské intervence:

zajisti klidné a tiché prostředí
umožni pacientce provádět před spaním činnosti, na které je zvyklá
dle ordinace lékaře podávej hypnotika
sleduj jejich účinek, vše zaznamenej
zajisti dostatek činností přes den

Dg. 00093 Únava související s psychózou projevující se:

objektivně sníženým výkonem
subjektivně verbalizací ospalosti a nárůstem potřeby odpočinku

Očekávaný výsledek: pacientka bude schopna do 3 dnů vykonávat běžné rutinní činnosti

Ošetrovatelské intervence:

dopřej pacientce dostatek času a klidu k odpočinku
postupně aktivizuj pacientku, zapojuj jí do činností na odd.
nabídní pacientce dopomoc při hygieně
povzbuzuj pacientku k dalším krokům

Dg. 00121 Porušená osobní identita související se sníženým pocitem vlastního já, projevující se:

objektivně sníženou kontrolou nad sebou
subjektivně verbalizací pocitů viny, že nemůže vykonávat určité činnosti

Očekávaný výsledek: pacientka pochopí a přijme změny, které nastaly, uvědomí si vlastní identitu do 3 týdnů.

Ošetrovatelské intervence:

všímej si projevů pacientky
vyslechni jí a zapoj ji do programů na odd.
zadávej nejprve úkoly, které snadno vyřeší
orientuj pacientku správným směrem
povzbuzuj jí k dalším činnostem
prováděj ordinace lékaře, veď záznamy v dokumentaci
edukuj pacientku o jejím zdravotním stavu a možných komplikací

Dg. 00148 Strach související s poruchou myšlení projevující se:

objektivně zvýšenou ostražitostí, impulzivním chováním, zrychleným pulsem, chabým očním kontaktem
subjektivně verbalizací předtuch, že se něco stane

Očekávaný výsledek: do jednoho týdne dojde u pacientky ke snížení strachu

Ošetrovatelské intervence:

přistupuj k pacientce vlídně a citlivě
zjisti míru a spouštěč strachu
komunikuj s pacientkou pomalu, přiměřeným tónem hlasu
zajisti pacientce dostatek informací
podávej ordinace dle lékaře, sleduj jejich účinek
prováděj záznamy do dokumentace

Dg. 00078 Neefektivní léčebný režim související s bludnou produkcí projevující se:

objektivně pasivním až agresivním chování
subjektivně verbalizovanou nedůvěrou k léčebným postupům a zdravotnickému personálu

Očekávaný cíl: do 1 týdne bude pacientka efektivně dodržovat léčebný režim

Ošetrovatelské intervence:

přistupuj k pacientce klidně a vstřícně
zajisti pacientce dostatečné informace o léčebném režimu
dopřej pacientce dostatek klidu a času na dotazy
podporuj pacientku při dodržování léčebného režimu
zapoj do léčby rodinu

Dg. 00097 Nedostatek zájmových aktivit související s akutní psychózou projevující se:

objektivně pasivitou

subjektivně verbalizovaným sníženým zájmem se do aktivit zapojit

Očekávaný cíl: pacientka bude do 14 dnů schopna se zúčastnit zájmových aktivit, které jsou k dispozici na oddělení

Ošetrovací intervence:

zajisti klidné a vlídné prostředí

zajisti okruh zájmových činností, které pacientka prováděla

nabídní pacientce zájmové aktivity prováděné na oddělení

podporuj pacientku k činnostem

Dg. 00053 Sociální izolace související s duševním onemocněním projevující se:

objektivně nespolečenským chováním, neudržením očního kontaktu

subjektivně verbalizací pocitu nejistoty a rozdílnosti od jiných

Očekávaný výsledek: pacientka bude schopna do 14 dnů se účastnit vybraných programů a aktivit podle svých možností

Ošetrovatelské intervence:

vyslechni pacientku

spolupracuj s rodinou

realizuj a plánuj ošetrovatelský plán péče s pacientkou

doporuč podpůrné programy a systémy

Dg. 00119 Chronicky snížená sebeúcta související s duševním onemocněním projevující

se:

objektivně straněním se ostatním

subjektivně verbalizovaným hodnocením sebe sama jako neschopnou

Očekávaný výsledek: pacientka bude do jednoho měsíce vyjadřovat zvýšenou sebeúctu

Ošetrovatelské intervence:

posuď míru snížené sebeúcty

posuď míru účasti a spolupráce v rámci terapeutického režimu

vybuduj terapeutický vztah

zapoj pacientku do psychoterapie

podporuj socializaci
doporuč poradenství a svépomocné skupiny

Dg. 00052 Poškozená sociální interakce související s psychickou alterací projevující se:
objektivně nedostatečnou schopností navazovat nové vztahy

subjektivně verbalizovaným znepokojením při společenských situacích

Očekávaný výsledek: pacientka se bude přiměřeně zapojovat v sociálních vztazích do 3 týdnů

Ošetrovatelské intervence:

ovlivňuj poruchy sociálních interakcí metodou pozitivního přesvědčování

snaž se navázat s pacientkou kontakt

získej její důvěru

zapoj jí do sociálních vztahů

veď záznam v ošetrovatelské dokumentaci

10.4.2 Potenciální diagnózy

Dg. 000140 Riziko násilí vůči sobě související s psychotickými prožitky a pocity úzkosti

Očekávaný cíl: pacientka projeví náležitou sebekontrolu, nedojde u ní k násilí vůči sobě

Ošetrovatelské intervence:

zjistí, jak pacientka vnímá sám sebe

sleduj verbální i neverbální projevy pacientky a známky sebevražedného chování

umožni pacientce vyjádřit své pocity

podporuj pacientku v zapojení do péče

Dg. 00174 Riziko oslabení lidské důstojnosti související se stigmatizací

Očekávaný cíl: pacientka nebude vnímat ztrátu úcty a cti

Ošetrovatelské intervence:

komunikuj tak, aby si nenarušila osobní identitu pacientky

nevycházej z předsudků a mýtů

respektuj pacientku s duševním onemocněním a její práva

Dg. 00015 Riziko zácpy související s možnými vedlejšími účinky psychofarmaka

Očekávaný cíl: u pacientky v průběhu hospitalizace nedojde k zácpě

Ošetrovatelské intervence:

zajisti dostatek soukromí při vyprazdňování

dohlédni na dostatečný přísun tekutin

umožni dostatečnou tělesnou aktivitu

10.5 Hodnocení plánu ošetrovatelské péče

Hodnocení ošetrovatelského plánu probíhalo průběžně dle stanovených termínů zadaných u ošetrovatelských diagnóz během pobytu na psychoterapeutickém oddělení.

10.5.1 Aktuální diagnózy

Dg. 00130 Porušené myšlení související s onemocněním schizofrenního okruhu projevující se:

objektivně zlepšeným zapojováním se do rozhovoru, neprodukováním bludného myšlení
subjektivně verbalizací zlepšeného myšlení, snížení vnitřního napětí a snadnějšího vyjadřování svých myšlenek

Dg. 00051 Zhoršená verbální komunikace související s psychózou projevující se:

objektivně pomalou a srozumitelnou mluvou

subjektivně zlepšeným vyjadřováním svých emocí

Dg. 00096 Spánková deprivace související s akutní psychózou projevující se:

objektivně odpočatým výrazem, nepospáváním přes den

subjektivně verbalizací zlepšení spánku, snížením ospalosti

Dg. 00093 Únava související s psychózou projevující se:

objektivně vykonáváním téměř všech běžných denních činností

subjektivně verbalizací pocitu energie a méně slabosti

Dg. 00121 Porušená osobní identita související se sníženým pocitem vlastního já, projevující se:

objektivně nejednáním pod vlivem bludné produkce

subjektivně verbalizací snadnějšího ovládní svého chování a snížením pocitu viny

Dg. 00148 Strach související s poruchou myšlení projevující se:

objektivně jistějším vystupováním, nerozhlížením se kolem sebe

subjektivně verbalizací sníženého pocitu strachu

Dg. 00078 Neefektivní léčebný režim související s bludnou produkcí projevující se:

objektivně zlepšenou ochotou spolupracovat a zapojovat se do aktivit na oddělení

subjektivně verbalizací větší důvěry v zdravotnický personál

Dg. 00097 Nedostatek zájmových aktivit související s akutní psychózou projevující se:

objektivně zvýšenou aktivitou

subjektivně verbalizací většího zájmu o aktivity prováděné na oddělení

Dg. 00053 Sociální izolace související s duševním onemocněním projevující se:

objektivně vyhledáváním společnosti

subjektivně verbalizací větší jistoty ve společnosti

Dg. 00119 Chronicky snížená sebeúcta související s duševním onemocněním projevující se:

Objektivně zapojování se do rozhovorů a vyhledáváním společnosti

subjektivně verbalizací zlepšeného mínění o sobě

Dg. 00052 Poškozená sociální interakce související s psychickou alterací projevující se:

objektivně navazováním nových známostí a oslovováním neznámých lidí

subjektivně verbalizací zlepšení jistoty ve společenských situacích

10.5.2 Potenciální diagnózy

Dg. 000140 Riziko násilí vůči sobě související s psychotickými prožitky a pocity úzkosti

Hodnocení: u pacientky v průběhu hospitalizaci nedošlo k násilí vůči sobě

Dg. 00174 Riziko oslabení lidské důstojnosti související se stigmatizací

Hodnocení: pacientka získala náhled na své onemocnění, po celou dobu hospitalizace se necítila být ponižována

Dg. 00015 Riziko zácpy související s možnými vedlejšími účinky psychofarmaka

Hodnocení: u pacientky nedošlo během hospitalizace k zácpě.

10.6 Edukační plány

Edukační plán č. 1

Účel: Edukovat pacientku o nutnosti dodržování pevného denního režimu

Cíl: Pacientka pochopí důležitost dodržování pevného denního režimu

Časová dotace: 30 minut

Pomůcky: Edukační materiály – letáky, brožury

Výukové metody: Teoretické – popis, rozhovor s diskusí

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Pacientka popíše nutnost dodržování pevného denního režimu

Hlavní body plánu: Pacientce popíši nutnost dodržování pevného denního režimu

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka popsala nutnost dodržování pevného denního režimu

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjmenuje základní pravidla dodržování pevného denního režimu

Hlavní body plánu: Pacientce vysvětlím a popíši základní pravidla dodržování pevného denního režimu

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka vyjmenovala základní pravidla dodržování pevného denního režimu

Oblast afektivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjádří obavy z nedodržování pevného denního režimu

Hlavní body plánu: Pacientku uklidním a psychicky jí podpořím

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientky obavy se zmírnily

Edukační plán č. 2

Účel: Edukovat pacientku o varovných příznacích jejího onemocnění

Cíl: Pacientka vyjmenuje varovné příznaky jejího onemocnění

Časová dotace: 20 minut

Pomůcky: Edukační materiály – letáky, brožury

Výukové metody: Teoretické – popis, rozhovor s diskusí

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjmenuje alespoň 8 z 10 varovných příznaků jejího onemocnění

Hlavní body plánu: Pacientce vyjmenuji 10 varovných příznaků jejího onemocnění

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka vyjmenovala 9 z 10 varovných příznaků jejího onemocnění

Oblast afektivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjádří obavy z nerozpoznání varovných příznaků

Hlavní body plánu: Pacientku uklidním a psychicky jí podpořím. Vyzvu jí ke konkrétnímu vyjádření obavy

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientky obavy se zmírnily

Edukační plán č. 3

Účel: Edukovat pacientku o nutnosti pravidelného užívání předepsané medikace

Cíl: Pacientka pochopí důležitost pravidelného užívání předepsané medikace

Časová dotace: 30 minut

Pomůcky: Edukační materiály – letáky, brožury

Výukové metody: Teoretické - rozhovor s diskusí

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Pacientka popíše nutnost pravidelného užívání předepsané medikace

Hlavní body plánu: Pacientce popíše nutnost pravidelného užívání předepsané medikace

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka popsala nutnost pravidelného užívání předepsané medikace

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjmenuje 3 z 5 komplikací, které mohou nastat s nepravidelným užíváním předepsané medikace

Hlavní body plánu: Pacientce vysvětlím a popíši 5 nejčastějších komplikací, které jsou spojeny s nepravidelným užíváním předepsané medikace

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka vyjmenovala 5 nejčastějších komplikací, které jsou spojené s nepravidelným užíváním předepsané medikace

Oblast afektivní:

Specifické cíle: Pacientka vyjádří obavy ze nezvládnutí pravidelného užívání předepsané medikace

Hlavní body plánu: Pacientku uklidním a psychicky jí podpořím

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientky obavy se zmírnily

Edukační plán č.4 –Edukace rodiny

Účel: Edukovat rodinu pacientky o hlavních zásadách komunikace

Cíl: Rodina pacientky pochopí základní pravidla komunikace s pacientkou se schizofrenním onemocněním

Časová dotace: 30 minut

Pomůcky: Edukační materiály – letáky, brožury

Výukové metody: Teoretické – rozhovor s diskusí

Oblast kognitivní:

Specifické cíle: Rodina pacientky vyjmenuje 10 z 13 základních pravidel komunikace

Hlavní body plánu: Rodině pacientky vyjmenuji 13 základních pravidel komunikace s pacientkou se schizofrenním onemocněním

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Rodina pacientky vyjmenovala 10 základních pravidel komunikace

Oblast afektivní:

Specifické cíle: Rodina pacientky vyjádří obavy ze zvládnutí základních pravidel komunikace a jednání s pacientkou se schizofrenním onemocněním

Hlavní body plánu: Rodinu pacientky uklidním a psychicky jí podpořím

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Obavy rodiny se trochu zmírnily

11 DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se snažila popsat a objasnit problematiku pacientů se schizofrenním onemocněním. Toto téma je mi velmi blízké. Již téměř dvanáct let pracuji s pacienty, kteří onemocněli touto chorobou. Pro ošetřování pacientky se schizofrenním onemocněním jsem zvolila ošetřovatelský model H. E. Peplau, který je velmi složitý a rozsáhlý. Tento model se podrobně zabývá navazováním interpersonálního vztahu mezi sestrou a pacientkou se schizofrenním onemocněním. Velkou výhodou pro výzkumné šetření bylo, že jsme byly s pacientkou v dlouhodobém intenzivním kontaktu, což významně přispělo k navázání dobrého interpersonálního vztahu a získání velkého množství podrobných informací. Ze získaných informací jsem vybrala a analyzovala pouze ty, které jsou podstatné pro zkoumané šetření.

Schizofrenie se řadí mezi závažné duševní onemocnění. Pro schizofreniky jsou typické poruchy chápání sebe samotných, svého ohraničení od okolního světa a svého místa v něm, porozumění signálům a jejich významům, nepřiléhavostí a nesrozumitelností vlastních reakcí. Časem bývá narušeno vnímání a smysl pro následnost. Na vzniku schizofrenie se podílí celá řada faktorů. Onemocnění zasahuje zásadním způsobem do života pacienta, ale i jeho rodiny. Nemoc znemožňuje pacientům dosáhnout svých životních cílů, mění jejich zaběhnuté životní standardy a vyvolává obavy z budoucnosti. Schizofrenie začíná náhle, postupně nebo dokonce plíživě a to již v mladém věku, většinou mezi 20 -30 rokem, jen výjimečně dříve nebo později.

Cílem praktické části bylo poskytnutí informací o specifikách ošetřovatelské péče u pacientky se schizofrenním onemocněním metodou kvalitativního výzkumu. Zabývala jsem se kazuistikou pacientky s paranoidní schizofrenií, která byla hospitalizována na psychoterapeutickém oddělení v psychiatrické léčebně pro dekompenzaci psychického stavu. Kazuistika popisuje počátky onemocnění, průběh hospitalizace s použitím ošetřovatelského modelu H. E. Peplau. Tento model je rozdělen do čtyř fází během kterých sestra vykonává různé role. Tyto role se vzájemně prolínají a doplňují. Na začátku hospitalizace byla pacientka velmi úzkostná, paranoidně nastavená vůči rodině a svému okolí. Mísilo se v ní několik pocitů, měla strach z neznámého prostředí, z cizích lidí, nevěděla, co se s ní bude dít. Neměla téměř žádné podstatné informace o podstatě svého onemocnění, možnostech léčby a prognózy. Cítila se provinile, styděla se, že není schopna hovořit o svých pocitech. Důležitým úkolem bylo navázání dobrého interpersonálního vztahu, zajištění a navození příjemné a bezpečné atmosféry, které pomáhalo pacientce

rozhovořit se o svých problémech. U pacientky docházelo k snižování tenze, byla méně úzkostná. Postupně se více rozhovořila o svých obavách a pocitech. Poprvé po dlouhé době měla opět pocit, že se může někomu svěřit se svými problémy. Mluvila překotně, snažila se vše říci najednou. Do té doby se cítila opuštěná, málo podporována lidmi z nejbližšího okolí. Pacientky byla přesvědčená, že za její onemocnění může její matka svojí výchovou, péčí a přísností. Tato spekulace stále více prohlubovala propast mezi matkou a dcerou. Důležitým úkolem bylo získání matky pro spolupráci. I přes veškerou mou snahu se nepodařila získat matku pro spolupráci. Matka byla ochotna znovu projít edukační skupinou zaměřenou na podstatu komunikace a přístupu k těmto pacientům, ale stále se bránila přijmutí faktu, že její dcera je schizofrenička. Styděla se, že by dcera mohla dostat nálepku duševně nemocné. Během terapeutických dovolenek došlo u pacientky ke zlepšení vztahu se svojí sestrou a uvědomění si, že matka nikdy nebude schopna přijmout svojí dceru takovou jaká je.

Během hospitalizace dělala pacientka obrovské pokroky. Byla stále více dychtivější po nových informacích, týkající se jejího onemocnění a prognóze do budoucna. Neviděla své onemocnění tak beznadějně. Získala dobrý náhled na své onemocnění. Začala plánovat svojí budoucnost, měla jasné plány.

Bohužel a velmi často se setkávám ve své praxi s nepochopením tohoto závažného duševního onemocnění. Očima veřejnosti, ale bohužel i některých zdravotníků je schizofrenik chápána jako člověk, který je agresivní, nevyzpytatelný, jednající pod vlivem bludů či halucinací.

V roce 2004 společnost DEMA prováděla výzkum ve kterém zjišťovala povědomí veřejnosti o schizofrenii. Tímto tématem se také obecně zabývala ve své bakalářské práci E. Krejčová, která prováděla v roce 2007 výzkumné šetření zaměřené na stigmatizaci duševních chorob. Výsledky obou šetření jsou totožné s mými poznatky z praxe, že nejen v očích veřejnosti, ale i zdravotnických pracovníků přetrvává názor na schizofrenika jako na agresora, u kterého nevíme, co můžeme od něj čekat. Z porovnání výsledků těchto šetření musím konstatovat, že názor na toto onemocnění se za uplynulých devět let vůbec nezměnil.

Touto prací bych chtěla přiblížit veřejnosti, ale i zdravotnickému personálu závažnost této duševní nemoci, která má silný negativní vliv na kvalitu života. Řekne-li se „kvalita života“ je možné si pod tímto pojmem představit různé významy. Při společných schůzkách a rozhovorech s pacientkou jsem došla k názoru, který se shoduje s výsledkem šetření, který prezentovala v roce 2007 ve své bakalářské práci L. Henzlová, která se

zabývala kvalitou života lidí s duševní chorobou. Pro pacienty je kvalita života úzce spjata se způsobem života, který lze považovat za relativně standardní. Pro většinu pacientů je důležité mít zaměstnání, přátele, rodinu, udržovat sociální kontakty, komunikovat s ostatními a dokázat obstát v různých sociálních rolích. Život těchto pacientů je však odlišný. Většina není schopna obstát v zaměstnání, nejsou schopni navazovat sociální kontakty, jsou osamoceny. Dochází u nich ke ztrátě motivace a vůle k provádění činností. Po určitém čase stráveným v psychiatrických léčebnách se dostávají postupně do sociální izolace.

Podobně tomu bylo i u pacientky, kterou jsem se zabývala v této práci. Již od dětství byla samotářská, nerozuměla si s vrstevníky, nebyla schopna navázat vztah, udržet si zaměstnání a postupem času a snad i přístupem její rodiny ztratila schopnost vyjadřovat své emoce a hovořit o své nemoci. V její rodině se nikdo nechtěl o její chorobě povídat. Snažili se nemoc ignorovat. Proto je velmi vhodné a žádoucí do léčby zapojit i rodinu. Nejbližší by měli mít a chtít základní informace o povaze nemoci, komunikaci a chování k takto nemocnému členu rodiny. Ve většině případech a to díky stigmatizaci tohoto onemocnění, nechtějí nejbližší vůbec přijmout fakt a to z jakéhokoliv důvodu, že jejich nejbližší má schizofrenii.

Péče o tyto pacienty by měla být komplexní. Součástí léčby by měla být farmakologická léčba, psychoterapie a edukace. V průběhu první hospitalizace byla pacientka i její matka seznámena s duševní chorobou, průběhem psychotického procesu a možnými nebezpečími vyplývající z iracionálního vnímání. Na konci hospitalizace byly seznámeny s kroky, který musí podniknout po propuštění. I přes důkladnou informovanost pacientky i její matky v průběhu a na konci hospitalizace bylo později při následující hospitalizaci prokázáno, že informace podány jednorázově byly nedostačující. Tímto problémem jednorázové edukace se zabývala v roce 2012 ve své diplomované práci „Vliv informovanosti na lidi se schizofrenií na jejich život“ M. Dvořáková. Z analýzy rozhovoru s pacientkou jsem došla k názoru, že informovanost hraje v jejím osobním životě důležitou roli. Pacientka již od samého dětství pocítovala nezáměrem ze strany matky o její pocity a emoce. Matka i přes veškerou informovanost nechce a nebo nemůže pochopit, co se s její dcerou děje. Přijetí faktu, že její dcera, které se od dětství tolik věnovala, onemocněla tímto duševním onemocněním, jí způsobuje velké trauma o kterém odmítá komunikovat. Proto dle mého názoru, který se shoduje se zjištěním M. Dvořákové v její diplomové práci je velmi důležité včasné a opakované poskytování potřebných a užitečných informací o podstatě a důvodech léčby. M. Dvořáková poukazuje na nutnost poskytovat základní informace

o této chorobě systematicky, po menších dávkách a pokud možno zábavnou formou. Jen tak lze dosáhnout, že pacienti si tyto informace budou lépe pamatovat. Komplexní psychoedukace snižuje počet znovuzplanutí nemoci a rehospitalizaci.

ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o komplexním přístupu k pacientům se schizofrenním onemocněním. Poskytuje nejen informace o samotné nemoci a její léčbě, ale také o problémech zařazování se do běžného života. Každý, kdo se s touto chorobou setkal ví, že odezněním nemoci potíže nekončí. Mnohdy je to spíše začátek dlouhého boje se sociální izolací, nízkým sebehodnocením, strachem a stigmatizací ze strany okolí. Navzdory pokrokům v medicíně a zlepšení povědomí veřejnosti stále přetrvává stigmatizace těchto pacientů. Jejich návrat do společnosti je tím značně ohrožen. Cílem práce bylo podrobnější nahlédnutí do problematiky schizofrenie a to především z hlediska ošetrovatelské péče. Znalost samotného onemocnění a přístupu k těmto pacientům je pro všeobecnou sestru velmi důležitá pro pochopení všech jeho potřeb v rámci komplexního holistického pojetí ošetrovatelské péče. Velmi důležité v ošetrovatelské péči je udržení a podpora individuality každého pacienta. Poskytnout mu kvalitní ošetrovatelskou péči zaměřenou na všechna specifika týkající se tohoto onemocnění.

V roce 2004 podle odhadů Světové zdravotnické organizací onemocnělo schizofrenií více než 26 miliónů lidí. Schizofrenie tak patří mezi prvních dvacet nejčastějších příčin invalidity po celém světě. Kromě toho bylo této nemoci připisováno 30 000 úmrtí. Schizofrenici mají v porovnání s ostatní populací dvojnásobnou úmrtnost na kardiovaskulární a respirační onemocnění. Na zvýšené mortalitě schizofreniků se kromě známých rizikových faktorů podílí i menší snaha těchto pacientů tato somatická onemocnění léčit a omezit vliv rizikových faktorů.

Práce poskytuje nejen teoretické poznatky o této nemoci, ale zároveň poskytuje návod k přístupu a navázání interpersonálního vztahu sestry a pacientem dle ošetrovatelského modelu H. E. Peplau. Tato práce může sloužit jako studijní materiál pro práci se schizofreniky ve všech oborech ošetrovatelství.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. PRAŠKO, Jan a kol. Psychiatrie časopis pro moderní psychiatrii: *Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz*. 2003, roč. 7, č. 4, s. 263-270. ISSN 1211-7579.
2. DOUBEK, Pavel a kol. *Psychóza v životě - život v psychóze*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.
3. SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. 1. vydání. Praha: Ampera, 2003. ISBN 86694-03-08.
4. MARKOVÁ, Eva a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
5. RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169964-0.
6. HÓSCHL, Cyril a kol. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
7. PRAŠKO, Ján a kol. *Psychotická porucha a její léčba*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1.
8. PEČ, Ondřej. Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 2, s. 76-78. ISSN 1213-0508.
9. VYBÍRAL, Zbyněk a kol. *Současná psychoterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.
10. SEIFERTO VÁ, Dagmar a kol. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vydání. Praha: Academia Medica Pragensis, 2005. ISBN 80-86694-06-2.
11. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

12. MOTLOVÁ, Lucie, ŠPANIEL, Filip. *Psychoedukace u pacientů s první atakou schizofrenie*. Psychiatrie: Časopis pro moderní psychiatrii. 2001, roč. 5, č. 3, s. 37-39. ISSN 1211-7579.
13. MALÁ, Karolína, NAVRÁTILOVÁ, Eva. *Edukace při onemocněních psychózou*. Psychiatrie pro praxi. 2006, roč. 7, č. 3, s. 137-139. ISSN 1213-0508.
14. DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Anna. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing,a.s, 2011. ISBN 978-80-247-1620-6.
15. JAROLÍMEK, Martin. *Psychoterapie u schizofrenních poruch*. Psychiatrie: Časopis pro moderní psychiatrii. 2001, roč. 5, č. 4, s. 9-10. ISSN 1211- 7579.
16. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8.
17. USTOHAL, Libor. *Repetitivní transkraniální magnetická stimulace v léčbě deprese*. Psychiatrie pro praxi. 2010, roč. 11, č. 3, 117 -121. ISSN 1213 -0508.
18. PEPLAU, Hildegarda, E. *Interpersonal Relations in Nursing- A Conceptual Frame of Reference for psychodynamic Nursing*. 1. vydání. New York: Springer, 2004. 360 s. ISBN 13: 9780826179111.
19. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
20. CALLAWAY, Barbora. *Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century*. 6. vydání. New York: Springer, 2002. 488 s. ISBN – 13: 9780826138828.
21. SILLS, G. *Hildegard Peplau Nursing Theorists Homepage*. [online]. 2007 [cit. 2009-10-02]. Dostupné z: <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/peplau/obituary.html>.

22. EVANS III., F. B. *Harry Stuck Sallivan – Interpersonal Tudory and psychotherapy*. 1. vydání. London: Tailor and Frances e-library, 2005. 211 s. ISBN 0-203-97816-1.
23. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
24. FRIČOVÁ, Silvia. *Význam možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetrovatelství*. Sestra. 2010, roč. 20, s. 34-36. ISSN 1210-0404.
25. ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. 2.vydání. Praha: Maxdorf, 2007. 104s. ISBN 978-80-7345-114-1.
26. ZVOLSKÝ, Petr. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 1994. 191s. ISBN 80-7066-955-1.
27. NEMADE, R., DOMBECK, M. *Historical and Contemporary Understandings of Schizophrenia*. 12.10.2006[cit.dne 7.8.2009]. Dostupné:<www.mentalhelp.net >
28. TOMÁŠ, Petr. *získat pacienty se schizofrenií k lepší spolupráci při léčbě?* Florence: Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese. 2012, č. 12, s. 48. ISSN 1801-464X.
29. Lilly.cz [online]. [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <https://www.lilly.cz/info/pacientske-programy>
30. DEMA. 2004. *Názory na schizofrenii (veřejný výzkum)* [online]. [cit. 2009-08-12]. Dostupné na: <https://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/názory-na-schizofrenii.doc>.
31. DVOŘÁKOVÁ, Michaela. *Vliv informovanosti osob se schizofrenií na jejich život*. Brno : 2012. Diplomová práce. 69 s. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: [www: http://is.muni.cz/th/327193/pdf_m/DP_2011_5x18m.pdf](http://is.muni.cz/th/327193/pdf_m/DP_2011_5x18m.pdf)

32. HENZLOVÁ, Lucie. *Kvalita života lidí s duševní poruchou*. Brno : 2007. Bakalářská práce. 68 s. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Dostupné z: www:https://theses.cz/id/bh9h2n

33. KREJČOVÁ, Ema. *Stigmatizace duševně nemocných*. České Budějovice : 2007. Diplomová práce. 93 s. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: www:https://theses.cz/id/xs3wc6/downloadPraceContent_adipIdno7032

SEZNAM ZKRATEK

SAPS - Scale for the Assessment of Positive Symptoms) (škála pro hodnocení pozitivních příznaků)

SANS - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (škála pro hodnocení negativních příznaků)

PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale (škála hodnotící pozitivní i negativní příznaky schizofrenie)

MATRICES - Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (výzkum zabývající se měřením a léčbou vedoucí ke zlepšení poznání schizofrenie)

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

EKT – Elektrokonvulzivní terapie

RTMS - Repetitivní transkraniální magnetická stimulace

IPT - Integrierte Psychologische Therapie (integrovaný psychologický léčebný program pro schizofreniky)

ITAREPS - Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia (program zabývající se rychlým rozpoznáním varovných příznaků relapsu schizofrenie)

SMS - Short Message Service (služba krátkých textových zpráv)

PPDZ - Program pro dobré zdraví

RIDZ - Regionální institut duševního zdraví

ČAS – Česká asociace sester

WPA - The World Psychiatric Association (Světová psychiatrická asociace)

ANA – The American Nurses Association (Americká asociace sester)

ICN – International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)

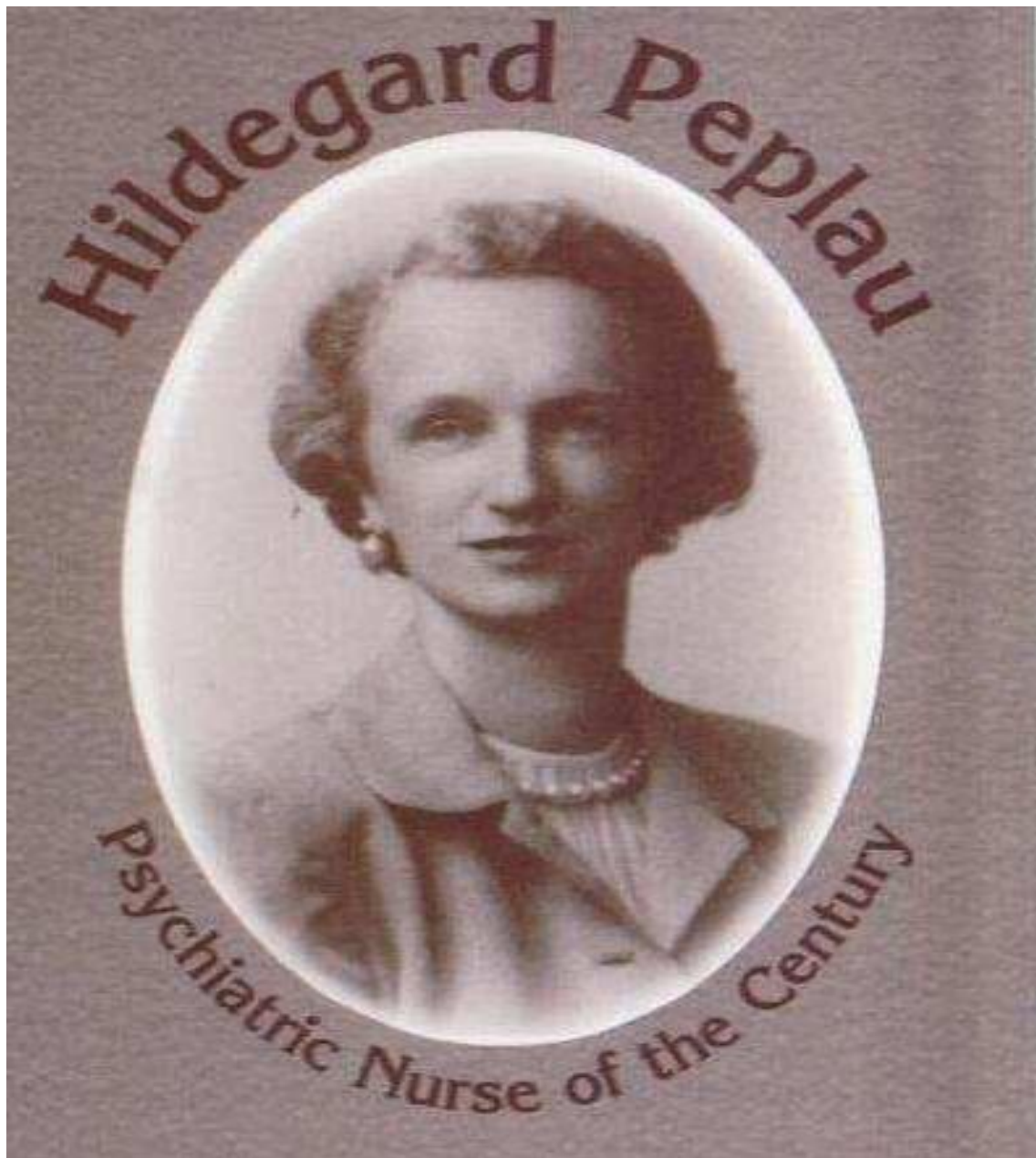
BMI – Body mass index (index tělesné hmotnosti)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Portrét H. E. Peplau

Příloha č. 2 - Ukázka škály PANSS

Příloha č. 1- portrét H. E. Peplau



Zdroj: CALLAWAY, B. Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century.(20)

Stanley R. Kay, Ph.D.
Lewis A. Opler, M.D., Ph.D.
Abraham Fiszbein, M.D.

Překlad: Kamila Strachoňová & Martin Vokulík



Copyright © 2000, Multi-Health Systems, Inc. All rights reserved.
In the U.S.A., 908 Niagara Falls Blvd., North Tonawanda, NY 14126-2060, (800) 456-3003
In Canada, 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6, (800) 268-0011
Internationally, +1-416-492-2627, Fax, +1-416-492-3343, or (888) 540-4484

SCI-PANSS

Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale

SCI-PANSS

L. A. Opler, M.D., Ph.D. S. R. Kay, Ph.D. J. P. Lindenmayer, M.D. A. Fiszbein, M.D.

Jméno klienta nebo identifikační číslo: _____

Rozhovor vedl: _____ Datum: ____ / ____ / ____

Data zjišťující "Nedostatek spontaneity a plynulost rozhovoru" (N6) "Špatné interpersonální porozumění" (N3) a "Pojmová neuspořádanost" (P2)

Dobrý den, Jsem ... Budeme si povídat přibližně 30 až 40 minut o Vás a důvodech Vaší přítomnosti tady. Možná byste mohl(a) začít tím, že mi povíte něco o sobě a Vaší minulosti.

(Instrukce pro tazatele: Před vlastním rozhovorem zaměřeným na níže uvedené otázky věnujte minimálně 5 minut volnému rozhovoru. Pomůžete tím vytvořit atmosféru porozumění.)

"Úzkost" (G2)

Cítil(a) jste se v posledním týdnu ustaraná nebo nervózní? _____

POKUD NE: Dalo by se říct, že jste obvykle klidný(á) a relaxovaný(á)? _____

POKUD ANO: Co ve Vás vyvolalo pocity napětí (neštěstí, neklidu)? _____

Jak silné je to napětí (starosti atd.)? _____

Trásl(a) jste se někdy, nebo Vám bušilo srdce? _____

Dostal(a) jste se do stavu paniky? _____

Ovlivnilo to nějak Váš spánek, příjem potravy nebo účast na rozličných aktivitách? _____

Data zjišťující "Bludy (Obecná)" (P1) a "Neobvyklé myšlenkové obsahy" (G9)

Dařilo se Vám dobře? _____

Trápilo Vás něco v poslední době? _____

Můžete mi říct co si myslíte o životě a jeho smyslu? _____

Rídíte se nějakou určitou filozofií? _____

Někteří lidé říkají, že věří v ďábla. Co si o tom myslíte? _____

Dokážete "číst" myšlenky druhých lidí? _____

POKUD ANO: Jak to děláte? _____

Mohou druzí "číst" Vaše myšlenky? _____

POKUD ANO: Jak to dělají? _____

Existuje nějaký důvod proč by někdo mohl chtít "číst" Vaše myšlenky? _____

Kdo kontroluje Vaše myšlení? _____

Data zjišťující "Podezřivost/Pronásledování," (P6) "Aktivní vyhýbání se sociálnímu kontaktu," (G16) a "Slabá kontrola impulsivity" (G14)

Jak trávíte svůj čas v posledních dnech? _____

Jste raději sama? _____

Účastníte se aktivit s druhými lidmi? _____

POKUD NE: Proč ne? ... Obáváte se druhých lidí nebo je nemáte ráda? _____

POKUD ANO: Můžete to vysvětlit? _____

POKUD ANO: Rekněte mi o tom. _____

Máte mnoho přátel? _____

POKUD NE: Pouze několik? _____

POKUD NE: Žádné? Proč? _____

POKUD ANO: Proč máte pouze málo přátel? _____

POKUD ANO: Blízcí přátelé? _____

POKUD NE: Proč ne? _____

Máte pocit, že většině lidí můžete důvěřovat? _____

POKUD NE: Proč ne? _____

Můžete říct, že jsou nějakí lidé, kterým obzvláště nevěříte? _____

POKUD ANO: Můžete mi říct, o koho se jedná? _____

Proč nevěříte lidem (případně uveďte konkrétní osobu)? _____

POKUD NEVÍTE NEBO NEHCETE ŘÍCT: Máte nějaký závažný důvod nedůvěřovat...? _____

Udělal(a) Vám ... něco? _____

Mohl(a) by Vám udělat něco nyní? _____

POKUD ANO: Můžete mi to vysvětlit? _____